

**La problématique de la médicalisation du social vue à travers le trouble
de l'anxiété sociale : enjeux scientifique, éthique et juridique**

Maîtrise en biologie avec cheminement en sciences de la vie et droit (M.S.V.D)

BIM 750 Essai

GENEVIÈVE RICHARD

Codirection :

P^{re} MARIE-ÈVE COUTURE-MÉNARD (Faculté de droit)

**P^r ANDRÉ LACROIX (Faculté des lettres et sciences humaines – Département de
philosophie et d'éthique appliquée)**

Essai soumis à la Faculté des sciences et à la Faculté de droit

Université de Sherbrooke

18 Janvier 2017

RÉSUMÉ DE L'ESSAI

Version française

La médicalisation du social est un phénomène moderne par lequel des difficultés d'origine sociale se qualifient et se traitent comme des problèmes médicaux. Dans le cadre de cet essai, ce phénomène sera abordé en lien avec le trouble de l'anxiété sociale, aussi nommée phobie sociale, qui se définit par une peur intense d'entrer en contact avec des personnes et d'y être jugé. Ce trouble anxieux peut dorénavant se traiter par la prise de psychotrope, un neuromédicament qui modifie l'équilibre biochimique du cerveau. Néanmoins, compte tenu des conséquences autant psychiques que comportementales de cette prise de médicament pour résoudre ce problème essentiellement social, un problème éthique surgit : comment les médecins peuvent-ils concilier l'autonomie décisionnelle des patients en regard de la prise de médicament et leur protection contre les effets pervers du phénomène de la médicalisation du social ? Dans ce contexte, le présent essai propose d'examiner le cadre normatif actuel auquel sont assujettis les médecins québécois pour voir dans quelle mesure il aide à résoudre ce dilemme éthique.

English version

Social medicalization is a modern phenomenon whereby social origin difficulties are qualified and treated as medical problems. In this essay, this phenomenon will be discussed in relation with the social anxiety disorder, also called social phobia, which is defined by an intense fear to get in relation with people and being judged. Taking psychotropic medication modifying the biochemical balance of the brain can now treat this anxiety disorder. Nevertheless, given the psychic and behavioural consequences of such drug to address this problem essentially social, an ethical problem arises: how can doctors balance the patients' decision-making autonomy in the context of this taking medication and their protection against the adverse effects of the phenomenon of social medicalization? In this context, this essay proposes to examine to what extent the current regulatory framework governing physicians in Quebec helps solve this ethical dilemma.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ACPM	Association canadienne de protection médicale
AERDPQ	Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec
AGIDD-SMQ	Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec
CEST	Commission de l'Éthique en Science et en Technologie
Code	Code de déontologie des médecins
CSBE	Commissaire à la Santé et au Bien-Être
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
GAM	Gestion autonome de la médication
INESSS	Institut national d'excellence en Santé et en Services sociaux
ISRS	Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine
LSSSS	Loi sur les services de Santé et les Services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MSRP	Médecin spécialiste répondant en psychiatrie
TCC	Thérapie comportementale et cognitive
OMS	Organisation mondiale de la Santé

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	6
CHAPITRE 1 – LA MÉDECINE MODERNE	12
SECTION 1.1 – La santé et la maladie : des notions évolutives	12
SECTION 1.2 – La médicalisation du social	17
CHAPITRE 2 – LA TIMIDITÉ ET SON TRAITEMENT	25
SECTION 2.1 – Le trouble de l’anxiété sociale.....	25
SECTION 2.2 – Le Paxil : une revue scientifique.....	28
A) La biologie derrière le médicament	28
B) Les interrogations à la source.....	35
CHAPITRE 3 – L’ENJEU ÉTHIQUE DANS LE CONTEXTE DE LA PRESCRIPTION DE PAXIL	41
SECTION 3.1 – La convergence de l’éthique et du droit.....	41
SECTION 3.2 – Le conflit de principes bioéthiques	47
A) Autonomie.....	47
B) Bienfaisance	54
CHAPITRE 4 – L’ENCADREMENT LÉGAL FACE À LA MÉDICALISATION DU SOCIAL.....	58
SECTION 4.1 – Le droit comme outil pour guider le médecin dans la prescription de psychotropes	58
A) <i>Loi médicale</i>	59
B) <i>Code de déontologie des médecins</i> et ses applications	61
B.1) Diagnostic	63
B.2) Traitement	66
C) Le droit souple.....	70
C.1) Guide pratique pour la gestion des troubles anxieux	71
C.2) Usage optimal des médicaments	75

SECTION 4.2 – Les solutions alternatives au droit.....	79
A) Accès à la psychothérapie	79
B) Vers une pratique collaborative	81
C) Gestion autonome de la médication	84
CONCLUSION.....	88
BIBLIOGRAPHIE	92
Monographies et ouvrages collectifs	92
Articles de revues et journaux.....	95
Rapports gouvernementaux et d’organismes divers	103
Thèses de doctorat et Mémoire de maîtrise	107
Législation et réglementation.....	107
Jurisprudence	108
Dictionnaire.....	109

INTRODUCTION

Depuis quelques années au Québec¹ et au Canada², et de façon généralisée dans les sociétés occidentales, nous assistons à une hausse de prescriptions de psychotropes. Aussi appelés « neuromédicaments », ces médicaments d'ordonnance ont un effet sur l'équilibre biochimique du cerveau des patients pour traiter de multiples dysfonctions³. En seulement vingt ans, il y a eu une augmentation de près de 400 % de la consommation d'antidépresseurs chez nos voisins américains⁴. Au Canada, on notait en 2009 que les dépenses pour les antipsychotiques avaient augmenté de 208 % en moins de dix ans, hissant le pays au premier rang mondial pour la consommation de médication psychiatrique par habitant⁵. Cela dit, cette hausse de prescriptions peut se justifier par de nombreux facteurs.

Au premier abord, il y a un accroissement du recours aux psychotropes car on dénote dans les dernières années une hausse du diagnostic de certains troubles mentaux, tels la dépression, le trouble de déficit de l'attention et le trouble de l'anxiété sociale⁶. Ces troubles mentaux peuvent tous être traités à l'aide de médicaments; conséquemment, la prescription et la consommation de médicaments augmentent. Les facteurs explicatifs de cette augmentation de diagnostics peuvent être multiples : un accroissement des problèmes de santé mentale, une diminution des tabous entourant les

¹ CONSEIL DU MÉDICAMENT, *Portrait de l'usage des antidépresseurs chez les adultes assurés par le régime public d'assurance médicaments du Québec*, Gouvernement du Québec, Janvier 2011, 53 p. en ligne :

² M. ROTERMANN, C. SANMARTIN, D. HENNESSY et M. ARTHUR, « Consommation de médicaments sur ordonnance chez les Canadiens de 6 à 79 ans », Statistique Canada, Ministre de l'Industrie, *Rapports sur la santé* (juin 2014), vol. 25, n° 6, p. 3-10.

³ Elaine N. MARIEB et Katja HOEHN, *Anatomie et physiologie humaines*, 4^e édition, adaptation française Linda MOUSSAKOVA et René LACHAÎNE, Éditions du Renouveau Pédagogique Inc. (ERPI), 2010, « Chapitre 11 : Structure et physiologie du tissu nerveux ». [MARIEB, 2010]

⁴ Information concernant les années 1988 à 2008 : NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS, *Health, United States, 2010: With special feature on death and dying*, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2011, Hyattsville, Maryland, Table 95. [NCHS, 2011]

⁵ LA SOCIÉTÉ POUR LES TROUBLES DE L'HUMEUR DU CANADA, *Quelques faits : maladie mentale et toxicomanie au Canada*, 3^e édition, Septembre 2009, p. 24-25. [STHC, 2009]

⁶ COMMISSION DE L'ÉTIQUE, DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNOLOGIE, Avis 196 – *Médicaments psychotropes et usages élargis : Un regard critique*, Québec, 2009, 220 p., en ligne : www.ethique.gouv.qc.ca/fr, consulté le 2 septembre 2014, p. XV. [CEST, 2009]

troubles mentaux ou une sensibilité clinique des omnipraticiens envers les troubles psychologiques et le développement de meilleurs outils diagnostiques⁷.

Cette augmentation thérapeutique peut aussi s'expliquer par le phénomène de la « médecine d'amélioration », laquelle s'éloigne de la thérapie proprement dite pour tendre vers l'amélioration des fonctions cognitives en l'absence de réels problèmes mentaux⁸. La médecine améliorative se fonde sur des facteurs sociaux plutôt que médicaux, tels une conception idéalisée de la performance, une conception élargie de la santé convergeant vers une optimisation et une quête effrénée vers le bonheur⁹. L'usage de médicaments dans une telle visée est souvent décrit comme un type « Mode de vie » (du terme anglophone « *Lifestyle drugs* ») qui s'attarde à la façon la plus optimale de vivre plutôt que de régler des problèmes mentaux¹⁰.

Au surplus, le public accorde une grande confiance à l'information médicale véhiculée par les médias, ce qui donne un pouvoir immense aux fabricants de médicaments¹¹. Les compagnies pharmaceutiques investissent ainsi des milliards de dollars chaque année en publicité afin d'influencer le choix des consommateurs. Sur une période de dix ans, neuf entreprises pharmaceutiques parmi les plus rentables au monde ont dépensé 316 milliards de dollars U.S. en frais de marketing et d'administration, soit près de trois fois plus qu'en frais de recherche et de développement¹². Cette promotion publicitaire joue un rôle prédominant dans le taux de prescription des médicaments, en

⁷ CEST, 2009, préc., note 6.

⁸ *Id.*

⁹ ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE, « Pharmacologie et santé mentale », Filiale de Montréal, *Équilibre*, vol. 1, n° 1, Hiver 2006, 64 p. ; Doris PROVENCHER et Annie RAINVILLE, « Mythes en droit de la santé mentale : enjeux sociaux et juridiques », dans *La protection des personnes vulnérables*, vol. 315, Service de la formation continue du Barreau du Québec, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2010, p. 141-173.

¹⁰ S. Z. RAHMAN, V. GUPTA, Anupama SUKHLECHA et Y. KHUNTE, « Lifestyle Drugs: Concept and Impact on Society », *Indian Journal of Pharmaceutical Sciences* (2010), vol. 72, n° 4, p. 409-413.

¹¹ Christine THOËR, Bertrand LÉBOUCHÉ, Joseph J. LÉVY, Vittorio A. SIRONI (dir.), *Médias, médicaments et espace public*, Collection Santé et Société, Presses de l'Université du Québec, 2009, 350 p. ; Annick ZAPPALÀ, « La médecine médiatisée : entre la médicalisation du social et la socialisation de la science », *Hermès, La Revue*, 1997/1, n° 21, p. 181-190. [ZAPPALÀ, *La médecine médiatisée*, 1997]

¹² Léo-Paul LAUZON et Marc HASBANI, *Analyse socio-économique de l'industrie pharmaceutique brevetée 1991-2000*, Chaire d'études socio-économiques de l'UQAM, Avril 2002, en ligne : www.unites.uqam.ca/cese/pdf/rec_02_analyse_socio.pdf, consulté le 20 octobre 2014. Ces auteurs ont fait une analyse rigoureuse sur une période de 10 ans des états financiers de ces neuf firmes pharmaceutiques majeures : Merck Co., Bristol-Myers Squibb Co., Pfizer Inc., Abbott Laboratories, Warner-Lambert Co., Eli Lilly Co., Schering-Plough Corp., SmithKline Beecham, et GlaxoWellcome.

raison des pressions exercées par les patients sur leur médecin¹³. Conséquemment, il se crée une médicalisation de la santé mentale qui banalise la consommation de psychotropes en passant sous silence les autres alternatives non-pharmaceutiques¹⁴.

Sans nier l'importance des phénomènes que nous venons d'évoquer, notre essai se concentrera sur un autre facteur pouvant influencer la hausse de prescription de psychotropes, à savoir la « médicalisation du social ». Ce phénomène est défini comme un processus par lequel des problèmes non médicaux se qualifient et se traitent comme des problèmes médicaux, en décontextualisant les situations et en détournant l'attention de l'environnement social vers les souffrances de l'individu¹⁵. En d'autres termes, une condition sociale ou un comportement individuel devient une maladie et est traité comme telle¹⁶. Nos sociétés occidentales médicalisent donc des événements, des émotions, des traits de personnalité, bref des sources qui ne relèvent pas nécessairement du domaine biomédical¹⁷. Un exemple précis de cette médicalisation du social est la prise de psychotropes pour combattre la timidité. Alors que la grande timidité était auparavant traitée comme une condition normale quoique loin d'être idéale, elle est dorénavant perçue comme une pathologie, un déséquilibre chimique au cerveau qui doit être traité par voie médicamenteuse¹⁸. Cette maladie moderne, reconnue officiellement

¹³ B. MINTZES, A. KAZANJIAN, K. BASSETT, J. LEXCHIN, « Pills, persuasion and public health policies: Report of an expert survey on direct-to-consumer advertising of prescription drugs in Canada, the United States and New Zealand », *Health Policy Research Unit* (2001), Vancouver, CB, University of British Columbia ; Durhane WONG-RIEGER, « Débats – Le Canada devrait-il autoriser la publicité directe des médicaments d'ordonnance? : Oui », *Le Médecin de famille canadien* (Février 2009), vol. 55, p. 134-138.

¹⁴ L'UNION DES CONSOMMATEURS, *Publicité directe des médicaments d'ordonnance : protéger les Canadiens avec une information de qualité*, Juillet 2004, p. 35.

¹⁵ Barbara MINTZES, « For and against : Direct to consumer advertising is medicalising normal human experience », *British Medical Journal* (2002), vol. 324, n° 7342, p. 908. Traduction libre de « process by which non-medical problems become defined and treated as medical problems, usually in terms of illnesses and disorders decontextualizing human problems and turning attention from the social environment to the individual ».

¹⁶ Johanne COLLIN et Amnon J. SUISSA, « Les multiples facettes de la médicalisation du social », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, n° 2, 2007, p. 25-33. [COLLIN, 2007]

¹⁷ Henri DORVIL, « Prise de médicaments et désinstitutionnalisation », dans Johanne COLLIN et al. (dir.), *Le médicament au cœur de la société contemporaine : Regards croisés sur un objet complexe*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2006, p. 41. [DORVIL, 2006]

¹⁸ Carl ELLIOT, « Technologies d'amélioration et éthique de l'authenticité », dans Jeanine-Anne STIENNON et Paul SCHOTSMANS, *Tous dopés? Éthique de la médecine d'amélioration*, Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique, Bruxelles, Bernard Gilson Éditeur, 2008, p. 16. [ELLIOT, *Tous dopés?*, 2008]

pour la première fois en 1980¹⁹, se nomme le trouble de l'anxiété sociale, aussi appelé « phobie sociale » ou « timidité malade »²⁰. Dorénavant, l'industrie pharmaceutique accorde de nouvelles visées thérapeutiques aux psychotropes afin de diminuer les symptômes d'anxiété survenant dans un contexte social²¹.

Mais prendre une pilule pour cacher sa timidité ne revient-il pas à médicaliser un trait inhérent à notre personnalité ? Se tourner vers une solution médicamenteuse rapide pour régler un problème social complexe règle-t-il vraiment le problème ou en donne-t-il simplement l'illusion ? Quelles sont les conséquences pour la personne qui modifie l'équilibre biochimique de son cerveau afin de ne plus ressentir d'angoisse dans un contexte social ? Selon Zarifian, les conséquences de cette médicalisation sont globalement néfastes pour le patient en détresse psychologique²². En fait, l'utilisation régulière de psychotropes créerait une déconnexion avec soi, l'empêchant d'atteindre la véritable guérison de son état²³. Aussi, prendre un neuromédicament produit un débalancement chimique du cerveau ayant encore des effets méconnus à long terme²⁴. Également, cette consommation de substance neurologique peut créer une dépendance et le risque de récurrence est élevé²⁵. Enfin, l'utilisation de médicaments modifiant la personnalité peut engendrer une altération identitaire et une perte de soi²⁶. Devant ces

¹⁹ SOCIAL ANXIETY INSTITUTE, *DSM-5 Definition of Social Anxiety Disorder*, en ligne : www.socialanxietyinstitute.org/dsm-definition-social-anxiety-disorder, consulté le 26 mai 2016.

²⁰ J. RANGARAJ et A. PELISSOLO, « Identification des troubles anxieux », Paris, Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS, *Annales Médico Psychologiques* (2003), vol. 161, p. 250-254. [RANGARAJ, 2003]

²¹ D. GOURION, « Les traitements médicamenteux des troubles anxieux », Paris, Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS, *Annales Médico Psychologiques* (2003), vol. 161, p. 255-259. [GOURION, 2003]

²² Édouard ZARIFIAN, *Des paradis plein la tête*, Éditions Odile Jacob, Paris, 1994, p. 203. [ZARIFIAN, 1994]

²³ ÉQUIPE DE RECHERCHE ET D'ACTION EN SANTÉ MENTALE ET CULTURE, *La Gestion autonome de la médication en santé mentale, Projet pilote de collaboration entre les ressources alternatives et communautaires et le réseau public des services en santé mentale pour le renouvellement des pratiques – Bilan su suivi évaluatif*, Rédigé par Marie DROLET et Lourdes RODRIGUEZ, Projet en collaboration avec le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec et l'Équipe de recherche et action en santé mentale, Projet financé par le MSSS Août 2002-2005, Version préliminaire déposée lors de l'Assemblée générale du RRASMQ, Juin 2006. [ÉRASME, GAM, 2006]

²⁴ PARLIAMENTARY OFFICE OF SCIENCE AND TECHNOLOGY (POST), *Better Brains*, POSTnote n° 285, London, 2007, p. 3. [POST, 2007]

²⁵ Gregory E. PENCE, *Medical Ethics: Accounts of Ground-Breaking Cases*, Seventh Edition, McGraw-Hill Education, New York, 2015, p. 356-59.

²⁶ Jérôme GOFFETTE, « Modifier les humains : Anthropotechnique versus médecine », Université de Lyon, p. 49-63, à la p. 62, dans Jean-Noël MISSA et Laurence PERBAL (dir.), *« Enhancement » : Éthique et philosophie de la médecine d'amélioration*, Paris, Librairie philosophique J. Vrin, 2009. [GOFFETTE, 2009]

graves risques, comment protéger l'individu qui désire tout de même enrayer sa timidité ?

Se dessine ainsi un dilemme éthique auquel est confronté le médecin, appelé à la fois à prescrire des psychotropes au patient qui y consent et à éviter les effets pervers de la médicalisation du social. Un conflit se dessine alors entre l'autonomie de la personne, d'une part, et la bienfaisance envers cette dernière, d'autre part. Le premier de ces principes mis de l'avant par les tenants de la bioéthique²⁷ encourage le médecin à respecter le patient désirant prendre un médicament pour enlever sa timidité, car ce dernier a la liberté de faire ses propres choix et d'en assumer pleinement les conséquences. Mais, d'un autre côté, le fait que ces effets peuvent s'avérer graves et irréparables est un frein pour le médecin dans la prescription du neuromédicament, dans une optique de bienfaisance.

Dans une perspective juridique, cette problématique éthique nous inspire la question suivante : de quelle manière le droit québécois protège-t-il l'individu contre la médicalisation du social, en l'occurrence eu égard au traitement du trouble de l'anxiété sociale ? Notamment, quelles sont les obligations spécifiques que les médecins doivent suivre afin de prescrire des médicaments dans un contexte psychiatrique ? Est-ce que ce cadre normatif est adéquat pour protéger l'individu dans ce contexte ? C'est ainsi que nous examinerons les normes juridiques pour vérifier si elles contribuent à guider le médecin dans la résolution du conflit éthique auquel il fait face.

Un premier chapitre expliquera l'essor des maladies modernes en définissant les concepts de « santé » et de « maladie » afin de bien introduire cette évolution dans un cadre conceptuel. Ensuite, les termes médicalisation, médication et médicalisation du social seront éclaircis pour bien comprendre les conséquences qui en découlent.

Par la suite, le Chapitre 2 sera consacré à l'explication de cette maladie contemporaine qu'est le trouble de l'anxiété sociale, ainsi qu'à son traitement le plus

²⁷ Tom L. BEAUCHAMP et James F. CHILDRESS, *Principles of Biomedical Ethics*, 5th édition, Oxford University Press, New York, 2001, 454 p. [BEAUCHAMP et CHILDRESS, 2001]

couramment prescrit, soit l'antidépresseur de paroxétine, le Paxil²⁸. À cet égard, nous aborderons notamment les effets de ce psychotrope sur le cerveau et certaines controverses scientifiques quant à son utilisation et son efficacité.

Un troisième chapitre débutera avec une brève section méthodologique qui expliquera comment l'éthique et le droit sont complémentaires afin de faire saillir le problème et trouver réponses à nos questions. Puis, sera exposé le conflit de principes éthiques émanant de la prescription de l'antidépresseur paroxétine. Le principe de l'autonomie de la personne sera ainsi confronté à celui de la bienfaisance afin de dépeindre tout l'enjeu éthique derrière la médicalisation du social.

Enfin, dans un quatrième et dernier chapitre, nous analyserons de quelle manière est encadré le phénomène de la médicalisation du social par le droit. Tout d'abord, nous verrons comment le système juridique québécois encadre ce conflit de principes et donne des outils pour orienter le médecin dans la prescription de médicaments pour, ultimement, protéger l'individu dans ce contexte. Les devoirs et obligations déontologiques du médecin seront au cœur de notre analyse, complétés par des normes de droit souple. Enfin, nous sortirons du droit afin de trouver des solutions alternatives afin de réduire le phénomène de la médicalisation du social et ainsi offrir de meilleurs soins et services au patient souffrant de troubles mentaux.

²⁸ M. GIMENEZ, H. ORTIZ, C. SORIANO-MAS et al., « Functional effects of chronic paroxetine versus placebo on the fear, stress and anxiety brain circuit in Social Anxiety Disorder: initial validation of an imaging protocol for drug discovery », *European Neuropsychopharmacology* (2014), vol. 24, n° 1, p.105-116.

CHAPITRE 1 – LA MÉDECINE MODERNE

Originellement, la vertu principale de la médecine, du latin *medicina* qui signifie « art de guérir »²⁹, est de fournir un remède contre une maladie quelconque. Les diverses techniques de guérison se sont modifiées au fil des croyances, de l'évolution des mœurs et des découvertes scientifiques. Cependant, au-delà des changements visant le traitement, la conception même de la médecine ainsi que sa fonction se sont transformées avec la vision des sociétés. Plus la société a accordé de la valeur à la performance et à l'efficacité, plus les médicaments ont été consommés pour se conformer à ces buts³⁰. C'est donc avec l'évolution des concepts de santé et de maladie que sont nées les maladies modernes, tel le trouble de l'anxiété sociale.

SECTION 1.1 – La santé et la maladie : des notions évolutives

Être en santé, se remettre en santé, souhaiter la santé, boire à la santé : nous employons le mot « santé » à toutes les sauces sans toujours nous assurer de bien le définir et d'en connaître son sens précis. Cela nous oblige par conséquent à nous demander à quoi réfère le terme « santé » exactement. Du latin *sanitas*, dérivé de *sanus* qui veut dire sain³¹, la santé est l'état de bon fonctionnement de l'organisme³². Est-ce à dire qu'au moindre problème affectant les activités de l'organisme, une personne n'est plus en santé ? Bien que la définition que nous venons d'avancer puisse le laisser croire, une telle compréhension du concept de santé ne peut qu'entraîner d'importantes dérives puisque la plupart sommes fréquemment confrontés à des dysfonctionnements de notre corps. Cette définition générale du dictionnaire manque par conséquent de précision. L'*Organisation mondiale de la Santé* (ci-après « OMS ») en donne une définition plus entière, encore en vigueur aujourd'hui : la santé est un « état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou

²⁹ CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES TEXTUELLES ET LEXICALES (CNRTL), 2012, France, en ligne : www.cnrtl.fr/lexicographie/médecine, consulté le 23 juillet 2015. [CNRTL, 2012]

³⁰ Nicolas MOREAU et Florence VINIT, « Empreintes de corps : éléments de repères dans l'histoire de la médicalisation », *Nouvelles pratiques sociales* (2007), vol. 19, n° 2, p. 34-45.

³¹ CNRTL, 2012, préc., note 29.

³² Dictionnaire LAROUSSE, France, en ligne : www.larousse.fr/dictionnaires/francais/santé/70904, consulté le 30 juillet 2015.

d'infirmité »³³. Cette interprétation s'éloigne alors de la théorie négative de la santé, autrefois répandue, qui consistait en une simple absence de pathologie³⁴. Cette évolution terminologique a pris la même tournure en ce qui a trait aux maladies mentales. En effet, un nombre croissant de professionnels en santé mentale adoptent aujourd'hui une approche de « psychologie positive » et reconnaissent qu'il faut pas que viser l'absence de maladie; le but est plutôt d'atteindre un état de santé, soit un état général de bien-être mental³⁵.

Par ailleurs, rappelons que le but originel de la médecine est de conserver la santé et de guérir les maladies³⁶. Ceci dit, avec la vision de la santé que nous avons de nos jours, le danger d'assigner à la médecine un « projet de construction d'un être humain parfait », en la mettant au service de tous les besoins de bonheur pour atteindre ce niveau de complet bien-être est non seulement grand, mais omniprésent³⁷. Dans cette logique, chaque fois qu'une condition de santé n'est pas entièrement satisfaisante, notre état corporel et psychique devrait être modifié pour atteindre cet état de bien-être physique, mental et social. Du coup, cette conception de la santé justifierait la prise de psychotropes au moindre mal-être, comme c'est le cas lorsqu'une personne est timide. Ressentir de l'angoisse dans un contexte social voudrait donc dire que la personne n'est pas en santé et devrait être guérie. Avec une telle compréhension de la santé et avec la reconnaissance de plus en plus d'irritants à l'atteinte de notre complet bien-être, cela nous amène à nous interroger sur la nature même de la maladie : qu'est-ce qu'une « maladie » ?

Le concept de « maladie » est utilisé autant par les médecins dans des contextes

³³ Préambule à la Constitution de l'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946, p. 1; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États, (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

³⁴ Jean-Yves GOFFI, « Thérapie, augmentation et finalité de la médecine », Université Pierre Mendès France-Grenoble 2, à la p. 103, p. 97-120, dans Jean-Noël MISSA et Laurence PERBAL (dir.), « *Enhancement* » : *Éthique et philosophie de la médecine d'amélioration*, Paris, Librairie philosophique J. Vrin, 2009. [GOFFI, 2009]

³⁵ ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE, *La santé mentale, c'est ...*, en ligne : www.cmha.ca/fr/mental_health/la-sante-mentale-cest/#.VFk2Er7QZGg, consulté le 4 novembre 2014.

³⁶ Claude BERNARD, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* (1865), Paris, Éditions Garnier-Flammarion, 1966, 318 pp.

³⁷ GOFFI, 2009, préc., note 34, p. 119.

médicaux particuliers, que par des individus pour expliquer leurs problèmes de santé quotidiens. La maladie peut être autant physique que mentale, légère que grave et fréquente que rare. À travers cette myriade de conceptions possibles de la maladie, il importe de définir son sens usuel. Selon le dictionnaire Larousse, une maladie est une « altération de la santé, des fonctions des êtres vivants (animaux et végétaux), en particulier quand la cause est connue (par opposition à syndrome) »³⁸. Le syndrome est quant à lui un « ensemble de plusieurs symptômes ou signes en rapport avec un état pathologique donné et permettant, par leur groupement, d'orienter le diagnostic »³⁹. Un symptôme est donc un signe présent en réponse à une maladie.

Plus spécifiquement, le gouvernement du Canada définit les maladies mentales comme étant « des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement (ou une combinaison des trois) associées à un état de détresse et à un dysfonctionnement marqués »⁴⁰. Un terme commun aux présentes définitions de « maladie » et de « maladie mentale » est celui de l'« altération ». Du mot grec *alteratio* qui veut dire changement, une altération est un « changement qui dénature l'état normal des choses »⁴¹. Ainsi peut-on dire qu'une maladie est une altération du normal : on vise donc à traiter l'anormal.

Au-delà de ces conceptions cliniques de la maladie qu'elle soit mentale ou non, c'est en fait le contexte social qui contribue à forger la médecine moderne⁴². Tel que le précise Faure, « [...] l'impulsion décisive n'est pas scientifique, mais bien sociale. C'est parce qu'émerge une nouvelle conception de la vie, de la santé et de la maladie que la médecine change, et non l'inverse »⁴³. Plus largement, cet auteur souligne que la

³⁸ Dictionnaire LAROUSSE, France, en ligne : www.larousse.fr/dictionnaires/francais/maladie/48809, consulté le 3 novembre 2014.

³⁹ Dictionnaire LAROUSSE, France, en ligne : www.larousse.fr/dictionnaires/francais/syndrome/76170, consulté le 3 novembre 2014.

⁴⁰ GOUVERNEMENT DU CANADA, « Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada, 2006 », Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux, Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Cycle 1.2)*, Ottawa, Canada, p. 2, 188 p. [GOUVERNEMENT DU CANADA, 2006]

⁴¹ Dictionnaire LAROUSSE, France, en ligne : www.larousse.fr/dictionnaires/francais/altération/2551, consulté le 27 juillet 2014.

⁴² Mélissa NADER, *La médicalisation : concept, phénomène et processus. Émergence, diffusion et reconfigurations des usages du terme médicalisation dans la littérature sociologique*, UQAM, Thèse du doctorat en sociologie, 2012, p. 25. [NADER, 2012]

⁴³ Olivier FAURE, *Histoire sociale de la médecine (XVIII^e-XX^e siècles)*, Collection « Historiques », Paris : Anthropos, 1994, p. 27. [FAURE, 1994]

maladie et la santé constituent progressivement des composantes essentielles de l'existence individuelle et de la vie sociale, d'autant plus que la préservation de la santé repose désormais largement sur une responsabilité individuelle⁴⁴. Dans la même veine, certains auteurs étudiant la sociologie de la santé et de la maladie, affirment que la médecine est ni plus ni moins une institution de contrôle social⁴⁵. C'est donc à dire que le contexte social est plus puissant que l'avancement de la science pour la « découverte » de nouvelle maladie.

Dans le contexte des troubles mentaux, la notion de normalité à la base des diagnostics a aussi constamment évolué au fil des croyances et mœurs des sociétés. À titre d'exemple, l'homosexualité a toujours été reconnue comme une pathologie, avant d'être retirée de la liste des maladies mentales de la deuxième édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (ci après « DSM ») en 1974⁴⁶. Cette orientation sexuelle est donc passée d'un état d'anormalité devant être réprimé et même traité, à une caractéristique acceptable socialement. Les exemples à travers les époques ne manquent pas : pensons au diagnostic d'hystérie féminine dès le XVI^e siècle, cette maladie nerveuse liée à la présence de l'utérus⁴⁷ ou même à la drapétomanie, maladie mentale du XIX^e siècle des esclaves Afro-Américains qui avaient une tendance à s'enfuir de leur maître et dont on coupait les gros orteils à titre de traitement⁴⁸. Ces illustrations ne font que renforcer l'importance du contexte social et environnemental sur la médecine.

Comme le passé est garant de l'avenir, une intense timidité était jadis considérée comme un trait de personnalité comme un autre, mais depuis 1980, cet état est reconnu comme une maladie traitable⁴⁹. On voit ainsi qu'il est essentiel au fonctionnement de

⁴⁴ FAURE, 1994, préc., note 43.

⁴⁵ Kevin WHITE, *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*, SAGE Publications, London, Thousand Oaks, New Delhi, 2002, p. 43. [WHITE, 2002] Traduction libre de « medicine is an institution of social control » ; Luc BERLIVET, « Médicalisation, » *Genèses*, 2011, vol. 1, n° 82, p. 2-6. [BERLIVET, 2011]

⁴⁶ R. MAYES, C. BAGWELL et J. ERKULWATER, *Medicating children : ADHD and pediatric mental health*, Chapitre 4 : « The Transformation of Mental Disorders in the 1980s », Harvard College, 2009, 357 p.

⁴⁷ Sabine ARNAUD, « L'invention de l'hystérie au temps des Lumières (1670-1820) », *Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales*, Collection « En temps et lieux », 2014, 347 p.

⁴⁸ WHITE, 2002, préc., note 45, p. 41-42.

⁴⁹ Francine DORÉ, *Le trouble d'anxiété sociale à l'adolescence : Traitement par exposition de la peur de parler en public par la réalité virtuelle*, Article 1 : « L'anxiété sociale à l'adolescence et son traitement : Mise à jour des connaissances », thèse de doctorat, Sherbrooke, Département de psychologie, Université de Sherbrooke, Septembre 2008, p. 7. [DORÉ, 2008]

notre société médicalisée de produire sans cesse une nouvelle « norme de santé », où la normalité est fluctuante au gré des constructions sociales⁵⁰. Goffette affirme donc que des considérations sociales et culturelles contaminent la distinction médicale entre le normal et le pathologique⁵¹. Notre société nord-américaine moderne a ainsi élevé son seuil d'exigence par rapport aux capacités des individus, en lui demandant de fournir toujours plus. Simultanément, notre société a abaissé son seuil de normalité acceptable des incapacités, c'est-à-dire qu'un défaut de capacités est rapidement considéré inacceptable et anormal⁵². En d'autres termes, nous assistons à un changement du seuil de l'acceptable et du tolérable, dû au fait que notre société actuelle est en quête de mieux-être et de performance⁵³.

La médecine a donc élargi son mandat non seulement pour voir à la santé des individus en termes d'absence de maladie, mais aussi pour assurer leur bien-être complet, pour reprendre la définition de santé adoptée par l'OMS. Cette conception contemporaine de la santé amène l'individu à se tourner vers le savoir médical pour comprendre son mal sans interroger « la vision globale de son corps ni même la réalité de ses symptômes »⁵⁴. Basée sur cette approche, une doctorante en sociologie de l'*Université du Québec à Montréal* conceptualise la santé, la maladie et la médecine moderne comme suit :

« La médecine du XX^e siècle [...] est une médecine qui englobe autrement dit les composantes environnementales de la maladie et la santé, telles que ses dimensions psychologiques et sociales, dans le but non pas de les réduire, mais de les traduire en langage biologique sur lequel elle pourra intervenir. La santé et la maladie deviennent ainsi des concepts malléables, qui peuvent se côtoyer simultanément chez un même individu et qui sont désormais en partie tributaires des capacités et incapacités individuelles à mener une vie selon ses motivations et intérêts personnels. Si être en santé, c'est pouvoir maîtriser son existence et influencer son environnement, la figure du malade est alors irréductible à celle de porteur d'une maladie : le malade devient celui qui ne peut pas, momentanément,

⁵⁰ ELLIOT, *Tous dopés?*, 2008, préc., note 18, p. 86.

⁵¹ GOFFETTE, 2009, préc., note 26, p. 52.

⁵² POST, 2007, préc., note 24, p. 2.

⁵³ Carl ELLIOT, *Better than well: American medicine meets the American dream*, New York, W.W. Norton, 2003.

⁵⁴ Claudine HERZLICH et Janine PIERRET, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui : de la mort collective au devoir de guérison*, Paris, Payot, 1984, p. 131.

ou de façon permanente, fonctionner ou réaliser son plein potentiel »⁵⁵.

Autrement dit, lorsqu'un individu se retrouve face à une incapacité qu'elle soit physique, mentale ou sociale l'empêchant de s'épanouir et d'atteindre un niveau de bien-être, on l'associe à une maladie et on se fie à la médecine pour combler ce manque. C'est ainsi que certaines manières d'être se situent désormais en dehors de la norme sociale acceptable, en les considérant comme des maladies et en y associant un traitement pharmaceutique, comme c'est le cas du Paxil avec la timidité malade. C'est dans ce contexte que la médicalisation du social prend forme.

SECTION 1.2 – La médicalisation du social

La médicalisation, pouvant à la fois être reconnue comme un phénomène, un processus et un concept⁵⁶, est un sujet couramment employé partout dans le monde tant dans les domaines scientifique⁵⁷, sociologique⁵⁸, que juridique⁵⁹. De façon globale, une recherche de ce terme génère plus de 680 000 résultats sur le moteur de recherche Google, simplement en combinant les résultats en français et en anglais⁶⁰.

Dans l'actualité québécoise, plusieurs articles ont été publiés dans la dernière décennie relativement à la médicalisation de l'échec scolaire⁶¹, de la maternité⁶², du

⁵⁵ NADER, 2012, préc., note 42, p. 36.

⁵⁶ *Id.*, p. 57.

⁵⁷ 1 054 résultats pour une recherche du terme « medicalization » sur PubMed, the *US National Library of Medicine – National Institutes of Health*, en ligne : www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=medicalization, recherche effectuée le 30 mai 2016.

⁵⁸ 7 745 résultats (top 3 des sujets – Médecine : 287, Sociologie : 185, Médecine par discipline : 55) pour une recherche du terme « medicalization » sur WorldCat, le plus grand réseau mondial de contenu et services de bibliothèque, avec un répertoire de plus de 10 000 bibliothèques partout dans le monde, en ligne : www.worldcat.org/search?q=medicalization&fq=&dblist=638&fc=s0:50&q=show_more_s0%3A&cookie, recherche effectuée le 30 mai 2016.

⁵⁹ 241 résultats pour une recherche du terme « médicalisation » sur le CAIJ, *Centre d'accès à l'information juridique* - la plus grande source d'accès à l'information juridique au Québec, figurant parmi les plus importantes en Amérique du Nord, en ligne : <http://unik.caij.qc.ca/recherche#q=médicalisation&t=unik&sort=relevancy&m=search>, recherche effectuée le 30 mai 2016.

⁶⁰ Recherche du terme « medicalization » et « médicalisation », en ligne : www.google.ca, recherche effectuée le 26 mai 2016.

⁶¹ Louise LEDUC, « Troubles liés à l'apprentissage : explosion du nombre de diagnostics », 19 février 2015, *La Presse*, en ligne : www.lapresse.ca/actualites/education/201502/18/01-4845142-troubles-lies-a-lapprentissage-explosion-du-nombre-de-diagnostics.php, consulté le 30 mai 2016 ; Philippe MERCURE, « Ritalin : la consommation atteint des records au Québec », 9 mars 2015, *La Presse*, www.lapresse.ca/actualites/sante/201503/08/01-4850438-ritalin-la-consommation-atteint-des-records-au-quebec.php, consulté le 30 mai 2016 ; Julien PRUD'HOMME, « Projet de loi 21 – Médicaliser l'école : le

vieillesse⁶³, de l'activité sportive⁶⁴, du cancer⁶⁵ et de la mort⁶⁶. Par contre, la médicalisation obtient une perception antinomique au sein de la société québécoise, phénomène que l'on observe également dans d'autres sociétés : certains l'encouragent en prônant l'avancement scientifique et l'amélioration des conditions de vie, et d'autres la dénoncent mettant en garde contre une possible dépendance médicamenteuse qui ne réglerait pas nécessairement la source du problème. À titre d'exemple, Doris Provencher, directrice générale de l'AGIDD-SMQ⁶⁷, avait publié un véritable plaidoyer en 2014 contre la médicalisation :

« La médicalisation n'est pas que l'apanage de la psychiatrie. Ainsi, on médicalise la naissance, la reproduction, la mort, la sexualité, la ménopause, l'enfance, l'adolescence, la vieillesse, les difficultés scolaires, la timidité, la gourmandise, la tristesse, la peine d'amour, la perte d'emploi et plus encore! Il ne s'agit pas non plus d'un phénomène nouveau, mais la publication du DSM-5

risque existe bel et bien », 12 décembre 2011, *Le Devoir*, www.ledevoir.com/societe/education/338172/projet-de-loi-21-medicaliser-l-ecole-le-risque-existe-bel-et-bien, consulté le 30 mai 2016.

⁶² Rima ELKOURI, « J'allaiter, moi non plus », 24 octobre 2012, *La Presse*, en ligne : www.lapresse.ca/debats/chroniques/rima-elkouri/201210/24/01-4586385-jallaite-moi-non-plus.php, consulté le 30 mai 2016 ; Marie ALLARD, « Les laissés pour compte de la procréation », 16 juin 2014, *La Presse*, en ligne : www.lapresse.ca/vivre/famille/201406/16/01-4776214-les-laises-pour-compte-de-la-procreation.php, consulté le 30 mai 2016 ; Sylvie ST-JACQUES, « Le sexe au temps de l'hystérie », 23 mai 2012, *La Presse*, en ligne : www.lapresse.ca/vivre/sexualite/201205/23/01-4527885-le-sexe-au-temps-de-lhysterie.php, consulté le 30 mai 2016 ; Catherine SCHLAGER, « L'arbre et le nid, une réflexion sur l'accouchement des Québécoises », 8 mars 2013, *La Presse*, en ligne : www.lapresse.ca/cinema/cinema-quebequois/201303/08/01-4629013-larbre-et-le-nid-une-reflexion-sur-laccouchement-des-quebecoises.php, consulté le 30 mai 2016.

⁶³ Alexandre VIGNEAULT, *Testostérone : une dose de jeunesse?*, 5 octobre 2014, *La Presse*, en ligne : www.lapresse.ca/vivre/sante/201410/03/01-4806134-testosterone-une-dose-de-jeunesse.php, consulté le 30 mai 2016.

⁶⁴ Nicolas MOREAU, « Vers une médicalisation de l'activité sportive », 14 septembre 2015, *La Presse*, en ligne : www.lapresse.ca/debats/votre-opinion/201509/11/01-4899778-vers-une-medicalisation-de-lactivite-sportive-.php, consulté le 30 mai 2016.

⁶⁵ Patrick LAGACÉ, « Le cancer, la mort et la vie », 16 octobre 2010, *La Presse*, en ligne : www.lapresse.ca/debats/chroniques/patrick-lagace/201010/16/01-4333131-le-cancer-la-mort-et-la-vie.php, consulté le 30 mai 2016.

⁶⁶ Louis CORNELIER, « La mort médicale, est-ce humain? Hubert Doucet », 23 mai 2015, *Le Devoir* – Section Vitrine du Livre, www.ledevoir.com/culture/livres/440685/la-mort-medicale-est-ce-humain-hubert-doucet, consulté le 30 mai 2016 ; Caroline MONTPETIT, « Il faut légaliser l'euthanasie et le suicide assisté », 15 novembre 2011, *Le Devoir*, www.ledevoir.com/societe/sante/336129/il-faut-legaliser-l-euthanasie-et-le-suicide-assiste-dit-un-comite-d-experts, consulté le 30 mai 2016.

⁶⁷ Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec : www.agidd.org.

(*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) en mai 2013 l'a certes exacerbé »⁶⁸.

En contrepartie, certains professeurs, chercheurs et doctorants québécois en sociologie ont voulu amoindrir la perception négative de la médicalisation avec la venue du DSM-V :

« Non, la médicalisation n'a pas à être hâtivement proscrite et diabolisée. Car force est de reconnaître qu'aujourd'hui, d'un point de vue sociologique, elle n'est pas que source d'aliénation, mais peut servir d'instrument à des personnes et des groupes sociaux pour revendiquer des droits sociaux et accéder à certains services, même si cela implique, en retour, une stigmatisation encore fortement associée à l'étiquette de la maladie mentale »⁶⁹.

Il est toutefois intéressant de noter que dans la littérature sociologique des quarante dernières années, la médicalisation serait généralement teintée d'un caractère défavorable, dont les conséquences seraient fortement préjudiciables pour les individus et les communautés⁷⁰. Une telle diffusion médiatique et littéraire du phénomène de médicalisation justifie donc notre intérêt à l'étudier plus amplement.

Avant de pousser plus loin nos réflexions, il faut d'abord répondre aux questions fondamentales suivantes : qu'est-ce que la médicalisation ? En quoi diffère-t-elle de la médication et quelle est spécifiquement la médicalisation du social ? Selon le dictionnaire Larousse, l'action de « médicaliser » est de faire relever des phénomènes naturels ou sociaux du domaine médical⁷¹. Une prise en charge thérapeutique étant intrinsèque au monde médical, lorsque celle-ci passe spécifiquement par la prescription de médicaments, on parle alors de médication⁷².

⁶⁸ Doris PROVENCHER, « La médicalisation et la médication des difficultés de l'existence », 9 octobre 2014, *Le Huffington Post*, Québec, en ligne : http://quebec.huffingtonpost.ca/doris-provencher/la-medicalisation-et-la-medication-des-difficultes-de-l'existence_b_5954720.html. [PROVENCHER, *Huffington Post*, 2014]

⁶⁹ Dominic DUBOIS, Laurie KIROUAC, Nicolas MOREAU et Dahlia NAMIAN, 8 juin 2013, « Pour ou contre le DSM? – La médicalisation et ses impacts sociaux, une "réalité double" », *Le Devoir*, www.ledevoir.com/societe/sante/380237/la-medicalisation-et-ses-impacts-sociaux-une-realite-double, consulté le 30 mai 2016.

⁷⁰ NADER, 2012, préc., note 42, p. 62.

⁷¹ Dictionnaire LAROUSSE, France, en ligne : www.larousse.fr/dictionnaires/francais/maladie/48809, consulté le 27 mai 2016.

⁷² PROVENCHER, *Huffington Post*, 2014, préc., note 68.

Comme nous l'avons vu précédemment, le terme médicalisation a été hautement repris dans l'actualité et la littérature, et ce depuis de nombreuses années, lui attribuant toute sorte de définitions et de connotations. Dans les années 1970, lorsque ce terme est entré dans les publications académiques et médicales, la médicalisation avait une définition plutôt consensuelle : l'expansion de l'autorité médicale dans les domaines de la vie quotidienne⁷³. L'historien et philosophe Illich, décrit comme l'un des plus grands penseurs du monde⁷⁴, a quant à lui affirmé qu'à trop étendre son autorité scientifique et culturelle, la médecine moderne serait elle-même devenue une « menace majeure pour la santé » et source de « maladie iatrogène », c'est-à-dire occasionnée par un traitement médical⁷⁵.

En effet, l'un des thèmes centraux des travaux d'Illich, repris par d'innombrables auteurs par la suite, est la médicalisation non désirée de la vie, où les professionnels de la santé de pair avec les compagnies pharmaceutiques ont un intérêt tout particulier à promouvoir la maladie en créant des demandes irréalistes en santé qui requiert de plus en plus traitements⁷⁶. Cette façon de faire créerait ainsi des membres d'une société qui perdent leur capacité d'adaptation autonome et deviennent ultimement moins en santé, se fiant constamment sur les soins institutionnels offerts⁷⁷. Pour faire une analogie, Illich nous rappelle que l'automobile a été créée pour faciliter nos déplacements, mais que trop d'automobiles sur les routes créent des bouchons de circulation et entravent conséquemment notre mobilité⁷⁸. En somme, la médicalisation serait animée par

⁷³ Jonathan M. METZL, Rebecca M. HERZIG, « Medicalisation in the 21st century: Introduction », *Lancet* (2007), vol. 369, p. 697-698, Traduction libre de « medicalization, the expansion of medical authority into the domains of everyday existence ».

⁷⁴ Ian HAMMOND, « Lessons from Ivan Illich », *Canadian Association of Radiologists* (2005), vol. 56, n° 1, p. 13-14. [HAMMOND, 2005]

⁷⁵ Ivan ILLICH, *Limits to medicine: medical nemesis - The expropriation of health*, London, Marion Boyars, 1975, repris dans Nancy TOMES, « Patient empowerment and dilemmas of late-modern medicalisation », *Lancet* (2007), vol. 369, p. 698-700. [ILLICH, 1975]

⁷⁶ Richard SMITH, « Limits to medicine. Medical nemesis: the expropriation of health » [book review], *British Medical Journal* (2002) vol. 324, p. 923.

⁷⁷ HAMMOND, 2005, préc., note 74.

⁷⁸ ILLICH, 1975, préc., note 75.

l'accroissement continu du savoir et du pouvoir médical⁷⁹ où les médecins auraient tendance à favoriser la maladie au lieu de la santé lors de la pose de diagnostic⁸⁰.

Afin d'actualiser cette définition de la médicalisation, les chercheurs Panese et Barras affirment qu'il s'agit du :

« [...] processus par lequel certaines conditions, situations ou données – organiques, psychologiques, comportementales ou sociales – de la vie quotidienne deviennent des questions médicales, auxquels les médecins et autres professionnels de la santé reconnus comme tels par les systèmes de prévoyance se doivent d'apporter un certain nombre de réponses (comme l'identification, la prise en charge, le traitement de la “maladie” en question) »⁸¹.

Faisons l'exercice de décortiquer cette définition : lorsque des conditions d'origine sociale ou comportementale deviennent des questions médicales auxquelles est attribué un traitement spécifique au même titre qu'une maladie, on parle alors de médicalisation du social⁸².

Aussi qualifié de « médicalisation de l'existence », celle-ci réfère à la médicalisation de « turbulences de la vie » qui mènent à des symptômes d'insomnie, d'anxiété, de dépression de l'humeur, etc⁸³. Mais faisons-nous réellement face à des « maladies » à caractéristiques sociales que l'on doit traiter, ou médicalise-t-on plutôt les symptômes⁸⁴ indésirables de ces difficultés sociales ? Pour le psychiatre Zarifian, ces turbulences ne correspondent pas à une pathologie mentale, mais elles le deviennent parce que la société les désigne comme telle et qu'il existe des traitements spécifiques pour les maîtriser⁸⁵. Le professeur St-Onge est du même avis :

« Le passage de la normalité à la maladie se fait en élargissant les critères de la maladie, en inventant des pathologies, en proposant des traitements médicamenteux à celles et ceux qui ont des problèmes mineurs [...], en

⁷⁹ BERLIVET, 2011, préc., note 45.

⁸⁰ HAMMOND, 2005, préc., note 74.

⁸¹ Francesco PANESE et Vincent BARRAS « Ambivalences de la médicalisation : patients, maladies, clinique », dans Hachimi Sanni Yaya (éd.), *Pouvoir médical et santé totalitaire. Conséquences socioanthropologiques et éthiques*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2009, p. 33-58.

⁸² COLLIN, 2007, préc., note 16.

⁸³ ZARIFIAN, 1994, préc., note 22, p. 194-195 : « Les turbulences correspondent à des accidents de parcours : conflit, deuil, perte, séparation, désillusion majeure, changement, rupture. [...] C'est la vie, c'est l'existence. »

⁸⁴ Se référer à la définition de « syndrome », préc., note 38.

⁸⁵ ZARIFIAN, 1994, préc., note 22.

médicalisant les phases courantes de l'existence et en transformant les problèmes sociaux et existentiels en problèmes médicaux »⁸⁶.

C'est ainsi que des problèmes non médicaux découlant d'évènements particuliers, de comportements répréhensibles, d'émotions non valorisées ou même de la personnalité sont dorénavant traitables par voie médicamenteuse⁸⁷. Dans ce cas, le traitement médical vise à « calmer » le trouble plutôt qu'à le « guérir »⁸⁸. Pour faire allusion à la définition de maladie précédemment abordée, on s'attaque donc aux symptômes qui ne nous permettent pas de réaliser notre plein potentiel en société⁸⁹. En camouflant ainsi un état jugé non satisfaisant, nous sommes bien loin du but originel de la médecine, soit l'art de guérir⁹⁰.

Tout compte fait, la médicalisation du social peut s'expliquer par une réduction du seuil de tolérance aux dysfonctionnements sociaux et à la souffrance psychique⁹¹. À ce sujet, le philosophe moderne Lipovetsky ajoute :

« [...] dans un temps où la souffrance n'a plus le sens d'une épreuve à surmonter, l'exigence se généralise d'effacer au plus vite, chimiquement, les troubles dont on est affligé et qui apparaissent comme un simple dysfonctionnement, une anomalie d'autant plus insupportable que s'impose le bien-être comme idéal de vie prééminent »⁹².

Comme nous l'avons précédemment mentionné, la timidité, étant maintenant reconnue comme une maladie anxieuse, n'échappe pas à la médicalisation du social. La souffrance vécue par les personnes atteintes de ce trouble peut dorénavant être soulagée par la prise d'un antidépresseur, le Paxil, étant le plus prescrit pour cette condition d'origine sociale. Cependant, lorsqu'un médecin prescrit un psychotrope pour aider un patient à être moins timide, il justifie le fait qu'il s'agit d'une maladie et diminue du

⁸⁶ Jean-Claude ST-ONGE, « Tous fous? L'influence de l'industrie pharmaceutique sur la psychiatrie », *Éconosociété*, Montréal, 2013.

⁸⁷ DORVIL, 2006, préc., note 17.

⁸⁸ Denis LAFORTUNE, « Expliquer, dépister et traiter médicalement les troubles du comportement des enfants et des adolescents », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, n° 2, 2007, p. 70.

⁸⁹ Se référer à la définition sociologique de « maladie », préc., note 55.

⁹⁰ CNRTL, 2012, préc., note 29.

⁹¹ COLLIN, 2007, préc., note 16, p. 28.

⁹² Gilles LIPOVETSKY, *Le Bonheur paradoxal: Essai sur la société d'hyperconsommation*, Nrf essais, Éditions Gallimard, 2006, p. 264.

même coup l'importance du rôle que chacun peut exercer dans sa propre vie⁹³. L'accroissement de la consommation de médicaments psychotropes comme démarche thérapeutique privilégiée pour s'attaquer à l'anxiété sociale s'inscrit dans un esprit d'intolérance vis-à-vis du malaise intérieur⁹⁴. Toutefois, quel est le prix à payer de cette médication afin d'atteindre un état global de bien-être mental et de satisfaire aux normes de constructions sociales de nos sociétés modernes ?

Sans surprise, cette solution chimique en apparence simple et rapide peut avoir de graves conséquences pour le patient. Dans la perspective de la *Commission de l'éthique en science et en technologie* (ci-après « CEST ») du Québec, cet usage de médicaments encourage la maximisation des résultats rapides et minimise le recours aux ressources personnelles⁹⁵. En effet, cette médicalisation du social empêcherait la possibilité d'une transformation personnelle et d'un rétablissement plus profond permettant d'atteindre un niveau de « guérison » plus adéquat et à long terme⁹⁶. Prescrire un psychotrope ne devrait pas entretenir l'illusion qu'une pilule va, à elle seule, transformer l'univers intérieur et les conditions d'existence du patient⁹⁷. Avant de penser que les aléas de l'existence relèvent de la médecine, les professionnels de la santé devraient plutôt essayer de comprendre ce que vivent les gens qui les consultent. Ne pas écouter la souffrance psychologique lorsqu'elle tente de s'exprimer, ne pas essayer de donner un vrai sens au symptôme, est peut-être commode et rapide, mais cela peut éviter que le patient soit confronté à sa propre impuissance, à ses interrogations personnelles et à son angoisse intime⁹⁸.

En somme, la médicalisation est un phénomène qui illustre l'expansion du pouvoir et de l'autorité médical dans notre société. À travers les époques, nous avons constaté l'apparition et la disparition de maladies et de traitements associés, en fonction du seuil de tolérance et d'acceptabilité des comportements. Considérant que toute altération du normal peut être considérée comme une maladie, un comportement

⁹³ CEST, 2009, préc., note 6, p. 95.

⁹⁴ Joseph WALSH, « Shyness and Social Phobia », *Health & Social Work* (2002), vol. 27, n° 2, p. 140.

⁹⁵ CEST, 2009, préc., note 6, p. XLVI.

⁹⁶ ÉRASME, GAM, 2006, préc., note 23.

⁹⁷ ZARIFIAN, 1994, préc., note 22, p. 215.

⁹⁸ *Id.*, p. 204.

inacceptable ou difficilement tolérable est rapidement associé à une pathologie. Avec la promotion du complet bien-être en guise de santé, plusieurs conditions dites sociales ne sont plus tolérées, comme l'est la timidité. C'est ainsi que la médicalisation du social prend forme dans la médecine moderne où la solution à nos turbulences de l'existence se retrouve dans un médicament. Les auteurs nous rappellent toutefois qu'en évitant une introspection au profit d'un comprimé, la guérison ne serait pas entière et se limiterait à court et moyen termes.

Maintenant que les bases sont jetées concernant la médecine moderne, nous étudierons en profondeur l'apparition, le diagnostic et le traitement du trouble de l'anxiété sociale. Quelles sont les conséquences sur le cerveau des patients consommant l'antidépresseur Paxil ? Quels sont les changements observables au niveau de leur comportement ? Et est-ce qu'un patient peut véritablement être « guéri » de ce trouble anxieux par la prise de psychotropes ? Nous tenterons de trouver réponses à ces questions dans le prochain chapitre à teneur plus scientifique.

CHAPITRE 2 – LA TIMIDITÉ ET SON TRAITEMENT

Les tabous entourant les troubles de santé mentale se sont beaucoup dissipés dans la population, tant au niveau international qu'au Québec. Les diagnostics de maladie mentale et les prescriptions de psychotropes se multiplient ainsi à une vitesse folle. Dans une société où la performance et l'efficacité dominent, il n'est pas surprenant que les troubles anxieux représentent la catégorie de maladie mentale la plus répandue au pays⁹⁹. De ce fait, nous illustrerons dans ce chapitre l'étendue des troubles de l'anxiété au sein de la population canadienne et québécoise. Plus spécifiquement, nous expliquerons ce qu'est le trouble de l'anxiété sociale en relevant ses symptômes et quelques données concernant son diagnostic. Ensuite, nous aborderons le traitement pharmacologique le plus utilisé contre ce trouble, soit l'antidépresseur Paxil, en décortiquant son processus chimique sur le cerveau des patients. Finalement, nous exposerons les remises en question dans le domaine scientifique concernant l'utilisation du Paxil et ses conséquences pour le patient. Ceci nous permettra d'introduire la problématique centrale de cet essai, tout en expliquant comment l'éthique et le droit seront des outils complémentaires à notre analyse.

SECTION 2.1 – Le trouble de l'anxiété sociale

Les troubles anxieux représentent la catégorie la plus commune des maladies mentales dans la population canadienne; on estime qu'une personne sur dix en souffre¹⁰⁰. Ces troubles sont définis comme étant des sentiments intenses et prolongés de peur et de détresse qui sont hors de proportion avec la menace ou le danger réel¹⁰¹. En effet, ces sentiments anxieux entravent le fonctionnement quotidien normal de la personne atteinte, car cette dernière évite les situations qui pourraient déclencher l'anxiété. Ce sentiment angoissant se décline en fait sous plusieurs formes, notamment l'anxiété généralisée, l'état de stress post-traumatique, le trouble obsessionnel-compulsif et le trouble de l'anxiété sociale¹⁰². Précisément, ce dernier trouble réfère à une peur

⁹⁹ STHC, 2009, préc., note 5, p. 9.

¹⁰⁰ ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE, *Comprendre la maladie mentale : les troubles anxieux*, en ligne : www.cmha.ca/fr/sante-mentale/comprendre-la-maladie-mentale/les-troubles-anxieux/, consulté le 12 novembre 2014.

¹⁰¹ GOUVERNEMENT DU CANADA, 2006, préc., note 40, p. 80-81.

¹⁰² *Id.*

intense d'entrer en contact avec des personnes dans un ou plusieurs types de situations sociales et d'y être jugé par les autres¹⁰³. Cependant, la cinquième édition du DSM précise que cette peur doit persister durant au moins six mois et être jugée excessive au regard des circonstances pour qu'un diagnostic soit établi¹⁰⁴. Cette période minimale des symptômes réduit ainsi la possibilité qu'un individu ressente une peur simplement passagère ou temporaire.

Rougisement, transpiration, sensation de chaleur excessive, rythme cardiaque accéléré, tremblement et sécheresse de la bouche, sont quelques-uns des symptômes les plus répandus chez les personnes souffrant de ce problème¹⁰⁵. Par ailleurs, ces symptômes peuvent fluctuer en fonction des facteurs de stress et des exigences de la vie, et même disparaître pendant une période indéterminée¹⁰⁶. En moyenne, l'apparition des premiers symptômes survient à l'adolescence entre 11 et 13 ans, c'est-à-dire à la période critique pour le développement des compétences sociales¹⁰⁷. Ce trouble d'origine sociale peut notamment résulter d'une crainte excessive du jugement d'autrui, d'une peur de l'évaluation négative des pairs, d'une crainte de perdre le fil de la conversation, d'une anticipation anxieuse à un événement, d'une peur d'être embarrassé ou humilié en public ou même d'une appréhension à être observé¹⁰⁸. Ces peurs intenses entraînent donc un comportement d'évitement des situations sociales qui a pour conséquence d'interférer avec la routine ordinaire dans les milieux sociaux, tels le travail, l'école et toutes autres activités quotidiennes de la personne atteinte¹⁰⁹.

Plus spécifiquement, si cette peur se limite à une ou deux situations sociales bien particulières, comme la peur de prendre la parole en public, il s'agit du trouble d'anxiété

¹⁰³ DORÉ, 2008, préc., note 49.

¹⁰⁴ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM-5 Development*, « Social Anxiety Disorder - Fact Sheet », Arlington, Virginia, Mai 2013, 2 pages, en ligne : www.dsm5.org/Documents/Social%20Anxiety%20Disorder_%20Fact%20Sheet.pdf, consulté le 21 janvier 2014. [DSM-5, *Social Anxiety Disorder*]

¹⁰⁵ ASSOCIATION CANADIENNE DES TROUBLES ANXIEUX, *Le trouble d'anxiété sociale ou phobie sociale*, en ligne : www.anxietycanada.ca/french/sociale.php, consulté le 10 mars 2014. [ACTA, 2014]

¹⁰⁶ DORÉ, 2008, préc., note 49, p. 12.

¹⁰⁷ *Id.*

¹⁰⁸ ACTA, 2014, préc., note 105.

¹⁰⁹ DSM-5, *Social Anxiety Disorder*, préc., note 104.

sociale spécifique¹¹⁰. Par contre, si une personne ressent une détresse intense dans un grand nombre de contextes différents tels que manger dans un restaurant, aller dans une soirée, rencontrer de nouvelles personnes, uriner dans une toilette publique, on parle plutôt d'un trouble d'anxiété sociale généralisé¹¹¹. Dans les cas extrêmes, la personne finit par éviter toutes les situations sociales, ce qui la pousse à se replier sur elle-même et à s'éloigner de ses amis et de sa famille.

C'est en 1980 que le DSM-III introduit pour la première fois le diagnostic de la phobie sociale (« *social phobia* »), réservé uniquement aux adultes¹¹². Quelques années plus tard, en 1994, le DSM-IV inclut dans la définition de cette phobie les manifestations spécifiques chez les enfants¹¹³. Puis, dans la cinquième et plus récente édition publiée en 2013, le DSM-V change son appellation pour le trouble d'anxiété sociale (« *social anxiety disorder* »)¹¹⁴. Même si ce trouble social est un sujet relativement nouveau en psychologie, ayant été reconnu comme une maladie il y a moins de 40 ans, il est devenu le troisième trouble mental le plus courant aux États-Unis, après la dépression et la dépendance à l'alcool¹¹⁵, touchant ainsi 17 millions d'Américains¹¹⁶.

De plus, au Canada¹¹⁷ ainsi qu'aux États-Unis¹¹⁸, le trouble de l'anxiété sociale est le type de trouble anxieux le plus répandu dans la population. À ce titre, une moyenne de 8.1 % de la population canadienne sera affectée par l'angoisse d'origine sociale au cours de sa vie¹¹⁹. La prévalence du trouble de l'anxiété sociale au Québec est similaire avec 7.2 % de la population touchée, ce qui correspond concrètement à

¹¹⁰ RANGARAJ, 2006, préc., note 20, p. 252.

¹¹¹ *Id.*

¹¹² DORÉ, 2008, préc., note 49, p. 9.

¹¹³ *Id.*

¹¹⁴ DSM-5, *Social Anxiety Disorder*, préc., note 104.

¹¹⁵ Franklin SCHNEIER, « Social anxiety disorder is common, underdiagnosed, impairing, and treatable », *British Medical Journal* (2003), vol. 327, p. 515-516. [SCHNEIER, 2003]

¹¹⁶ ELLIOT, *Tous dopés?*, 2008, préc., note 18, p. 27-28.

¹¹⁷ GOUVERNEMENT DU CANADA, 2006, préc., note 40, p. 81.

¹¹⁸ Roberto LEWIS-FERNÁNDEZ, Helen BLAIR SIMPSON, Yuval NÉRIA et Franklin SCHNEIER, *Anxiety disorders: Theory, research and clinical perspectives*, Cambridge University Press, 2010, 378 p.

¹¹⁹ GOUVERNEMENT DU CANADA, 2006, préc., note 40, p. 81-83. Le taux de prévalence correspond au pourcentage de cas de la maladie dans une population donnée à un moment déterminé. Le taux de prévalence au cours de la vie des Canadiens est de 9.4 % pour la tranche d'âge de 15 à 44 ans, de 8.5 % pour les 45 à 64 ans, puis de 2.6 % pour les 65 ans et plus.

434 000 personnes¹²⁰. Aussi, il est intéressant de préciser que les femmes sont proportionnellement plus susceptibles de présenter ce trouble que les hommes¹²¹.

À la lumière de ce qui précède, on constate que le trouble de l'anxiété sociale touche une partie importante de la population tant à l'échelle américaine, canadienne que québécoise, même si c'est une maladie relativement récente. Vu son ampleur, plusieurs traitements furent élaborés au fil des ans et sont maintenant disponibles afin de combattre l'anxiété ressentie face aux situations sociales. Ceci dit, l'un des traitements les plus populaires et efficaces en la matière est l'antidépresseur paroxétine, commercialisé sous le nom de *Paxil*.

SECTION 2.2 – Le Paxil : une revue scientifique

Tout d'abord, nous décrirons l'évolution des antidépresseurs à travers les découvertes scientifiques pour devenir aussi spécifiques de nos jours. Ensuite, nous nous pencherons sur leur fonctionnement en décrivant le mécanisme d'action précis du Paxil sur le cerveau des patients, en analysant l'importance de la sérotonine. Enfin, bien que les statistiques révèlent que le Paxil soit un traitement fort répandu pour traiter le trouble de l'anxiété sociale, nous expliquerons pourquoi ses effets et son efficacité continuent de soulever des doutes dans la communauté de chercheurs. Cette immersion dans le monde scientifique nous permettra de saisir toute la portée du traitement de la phobie sociale.

A) La biologie derrière le médicament

Le premier antidépresseur a été découvert en 1957, et à ce jour, aucune autre molécule ne peut revendiquer des propriétés antidépresseurs supérieures au premier¹²². Ensuite, vers les années 1970, les « antidépresseurs de seconde génération » apparaissent et ceux-ci possèdent une meilleure acceptabilité clinique, en ayant moins d'effets

¹²⁰ INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, « Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois », Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Cycle 1.2)*, Gouvernement du Québec, Septembre 2008, p. 1-68, Tableau 2, à la p. 26, en ligne : www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01670FR_Enquete_sante2008H00F03.pdf, consulté le 25 mars 2014. Le taux de prévalence pour trouble de l'anxiété sociale au Québec est de 9.9 % pour ceux âgés entre 15 à 24 ans, de 7.6 % pour les 25 et 64 ans, ainsi que 2.2 % pour les 65 ans et plus.

¹²¹ *Id.*

¹²² H. LÔO, A. GALINOWSKI, M.-F. POIRIER et al., « Antidépresseurs. Historique », EMC-Psychiatrie 1 (2004), *Elsevier*, p. 243-245 : « La découverte de l'action antidépresseur de l'iproniazide par N. Kline (1958) et de l'imipramine par R. Kuhn (1957) est relativement récente. ».

secondaires que les précédents¹²³. Un des groupes d'antidépresseurs de seconde génération se nomme « inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine » (ci-après « ISRS »). Parmi les cinq types d'antidépresseurs ISRS se retrouvent la paroxétine, approuvée pour la première fois en 1992 par la *Food and Drug Administration*¹²⁴ (ci-après « FDA ») des États-Unis et mise en marché au courant de la même année par la compagnie pharmaceutique *GlaxoSmithKline*¹²⁵. La paroxétine est en fait l'ingrédient actif du médicament Paxil, c'est-à-dire l'ingrédient qui lui confère son effet thérapeutique spécifique¹²⁶. Quelques années plus tard, en 1999, le Paxil a été le premier médicament à être homologué par la FDA spécifiquement pour le traitement des désordres dus à l'anxiété sociale¹²⁷.

En effet, le traitement pharmacologique le mieux établi pour le trouble d'anxiété sociale est la prise de ce type d'antidépresseur de recapture de la sérotonine¹²⁸. Quelques autres antidépresseurs ISRS sont efficaces et approuvés pour ce trouble tels la sertraline¹²⁹ et la fluvoxamine¹³⁰, mais la paroxétine demeure le plus populaire¹³¹,

¹²³ B.E. LEONARD, « Second generation of antidepressants », *Advances in Biological Psychiatry* (1981), vol. 7, p. 173–86.

¹²⁴ Pour plus d'information : www.fda.gov.

¹²⁵ Pour plus d'information : www.gsk.ca.

¹²⁶ GLAXOSMITHKLINE INC., *Monographie de produit – Paxil*, Comprimés de paroxétine USP, Mississauga, Ontario, Date de révision 18 mars 2014, p. 4, en ligne : <http://www.gsk.ca/french/docs-pdf/product-monographs/Paxil.pdf>, consulté le 9 septembre 2014. [GLAXOSMITHKLINE, *Paxil*]

¹²⁷ ELLIOT, *Tous dopés?*, préc., note 18, p. 18.

¹²⁸ GOURION, 2003, préc., note 21 ; J. CANTON, K.M. SCOTT et P. GLUE, « Optimal treatment of social phobia: systematic review and meta-analysis », *Neuropsychiatric Disease and Treatment* (2012), vol. 8, p. 203-215.

¹²⁹ Commercialisée notamment sous le nom de *Zoloft* par la compagnie *Pfizer*, la sertraline est utilisée dans de nombreuses indications comme la dépression, le trouble obsessionnel compulsif, le syndrome de stress post traumatique, le trouble panique et la phobie sociale. *FDA Approved Labeling for Zoloft® for the Treatment of Social Anxiety Disorder*, 2002, en ligne : http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/04/briefing/4006b1_06_zoloft-label.pdf, consulté le 30 juin 2014.

¹³⁰ Commercialisée notamment sous le nom de *Luvor* par la compagnie *Abbott Laboratories*, la fluvoxamine est plus particulièrement prescrite pour la dépression majeure et le trouble obsessionnel compulsif, mais également pour des troubles anxieux tels le trouble de l'anxiété sociale. *Product Information Luvor®*, 2013, en ligne : <https://www.ebs.tga.gov.au/ebs/picmi/picmirepository.nsf/pdf?OpenAgent&id=CP-2010-PI-07140-3>, consulté le 30 juin 2014.

¹³¹ Michel BOURIN, Pierre CHUE et Yannick GUILLON, « Paroxetine: A Review », *CNS Drug Reviews* (2001), vol. 7, n° 1, Neva Press, Branford, Connecticut, p. 25-47 [BOURIN, 2001] ; J.-D. GUELFI, « Le bon usage des antidépresseurs dans les troubles dépressifs et les troubles anxieux de l'adulte », Paris, Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS, *Annales Médico Psychologiques* (2007), vol. 165, p. 589-592 [GUELFI, 2007] ; J.P. DEMPSEY, P.K. RANDALL, S.E. THOMAS et al., « Treatment of Social Anxiety with Paroxetine: Mediation of Changes in Anxiety and Depression Symptoms », *Comprehensive Psychiatry* (2009), vol. 50, n° 2, p. 135-141.

notamment grâce à sa très grande médiatisation¹³². De plus, les ISRS font partie de la classe d'antidépresseurs la plus prescrite aux États-Unis et dans de nombreux autres pays¹³³. En effet, la tolérance, la souplesse d'utilisation, le faible risque léthal en cas de surdosage et l'efficacité présumée de ces antidépresseurs les positionnent largement en première ligne dans la prise en charge des troubles anxieux¹³⁴. Par conséquent, les antidépresseurs pour toutes les tranches d'âge n'ont cessé de gagner en popularité au fil des ans. En guise d'illustration, chez les enfants de six à douze ans, la consommation d'antidépresseurs a bondi de 142 % au Canada en moins de cinq ans¹³⁵.

Les informations ci-haut présentées mènent à conclure que la prise d'antidépresseurs de type ISRS est devenue monnaie courante dans nos sociétés occidentales, notamment pour traiter le trouble de l'anxiété sociale. Pour cette maladie, le Paxil demeure l'un des antidépresseurs les plus couramment prescrits pour diminuer les symptômes d'anxiété¹³⁶. Mais quelles sont les conséquences biologiques de cet antidépresseur sur le cerveau des patients ?

Les maladies mentales et neurologiques impliqueraient un dysfonctionnement du système nerveux central, qui est le centre d'intégration et de régulation du système nerveux¹³⁷. Ce dernier reçoit des messages sensoriels, c'est-à-dire perçus par les sens, et élabore des réponses à ces messages créant, de ce fait, toute notre activité humaine comme nos pensées, nos actions et nos émotions¹³⁸. Toutes ces informations se transmettent par une voie électrique extrêmement élaborée dans notre cerveau. Les médicaments psychotropes sont utilisés dans le traitement de ces maladies en modifiant

¹³² Voir à cet effet, l'histoire de Ricky Williams, un populaire joueur de football américain qui a été diagnostiqué en 2003 avec un trouble d'anxiété sociale et qui a fait de la publicité pour *GlaxoSmithKline* : ANXIETY AND DEPRESSION ASSOCIATION OF AMERICA, *Ricky Williams: A Story of Social Anxiety Disorder*, écrit par Leslie ANDERSON, en ligne : www.adaa.org/living-with-anxiety/personal-stories/ricky-williams-story-social-anxiety-disorder, consulté le 15 janvier 2014.

¹³³ John P. FEIGNER, Sheldon H. PRESKORN, Ruth ROSS and Christina Y. STANGA (éditeurs), *Antidepressants: Past, Present and Future*, Berlin, Springer, 2004, « Selective Serotonin Reuptake Inhibitors », pp. 241–62, p. 241. [FEIGNER, 2004]

¹³⁴ GOURION, 2003, préc., note 21.

¹³⁵ Jean-Claude SAINT-ONGE, « Comment inventer des maladies », *Tribunes l'Humanité des débats*, 5 mai 2007, en ligne : www.humanite.fr/node/76633, consulté le 21 mars 2014. Statistiques prises en 1998 et 2002.

¹³⁶ NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, *Anxiety Disorders: Treatments*, en ligne : www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders/index.shtml#part6, consulté le 19 mars 2014.

¹³⁷ MARIEB, 2010, préc., note 3.

¹³⁸ *Id.*

les communications électriques du cerveau, cherchant ainsi à corriger ses dysfonctionnements ¹³⁹. C'est pourquoi on qualifie les psychotropes de « neuromédicaments », qui modifient la neurochimie du cerveau¹⁴⁰. Les antidépresseurs sont des médicaments utilisés notamment pour la dépression, comme son nom l'indique, mais ayant plusieurs autres fins, tels les troubles anxieux. Également, ces psychotropes se déclinent en plusieurs catégories empruntant différentes voies biochimiques, modifiant la plupart du temps le taux de sérotonine dans le cerveau¹⁴¹.

La sérotonine est un « neurotransmetteur », c'est-à-dire une molécule transmettrice d'information neurologique dans le cerveau¹⁴². Cette information se transmet par les neurones, ces cellules à longs filaments, se trouvant en très grande quantité dans notre cerveau, constituées d'un corps cellulaire, de plusieurs dendrites et d'un axone parfois recouvert d'une gaine de myéline (se référer à l'**Image 1** ci-après)¹⁴³. Cette gaine est une sorte de couverture protectrice de l'axone évitant la perte d'information et permettant une transmission plus rapide de celle-ci. Les neurones sont placés bout à bout mais ne se touchent pas, créant ainsi un espace entre eux qu'on appelle la synapse. C'est dans cet espace synaptique que sont libérés les neurotransmetteurs pour communiquer toute l'information neurologique (sur l'**Image 1**, les neurotransmetteurs correspondent aux petits triangles dans l'encadré de la synapse)¹⁴⁴. Concrètement, le neurone émetteur relâche ses neurotransmetteurs dans la synapse et ces derniers sont ensuite capturés par le neurone récepteur voisin. Suite à cette capture d'information, le neurone récepteur s'active et devient à son tour un neurone émetteur pour son voisin¹⁴⁵. Cette activation est ensuite retransmise à plusieurs autres neurones, par le même processus, ce qui va créer l'influx nerveux et produire

¹³⁹ CEST, 2009, préc., note 6, p.XX.

¹⁴⁰ *Id.*, p. 50.

¹⁴¹ UNIVERSITÉ MCGILL, *Le Blogue du Cerveau à tous les niveaux!*, Conception, coordination, recherche et rédaction : Bruno DUBUC, « Sérotonine et autres molécules impliquées dans la dépression », en ligne : www.lecerveau.mcgill.ca/flash/i/i_08/i_08_m/i_08_m_dep/i_08_m_dep_isrs.html, consulté le 23 septembre 2014. [UNIVERSITÉ MCGILL, *Le Blogue du Cerveau*]

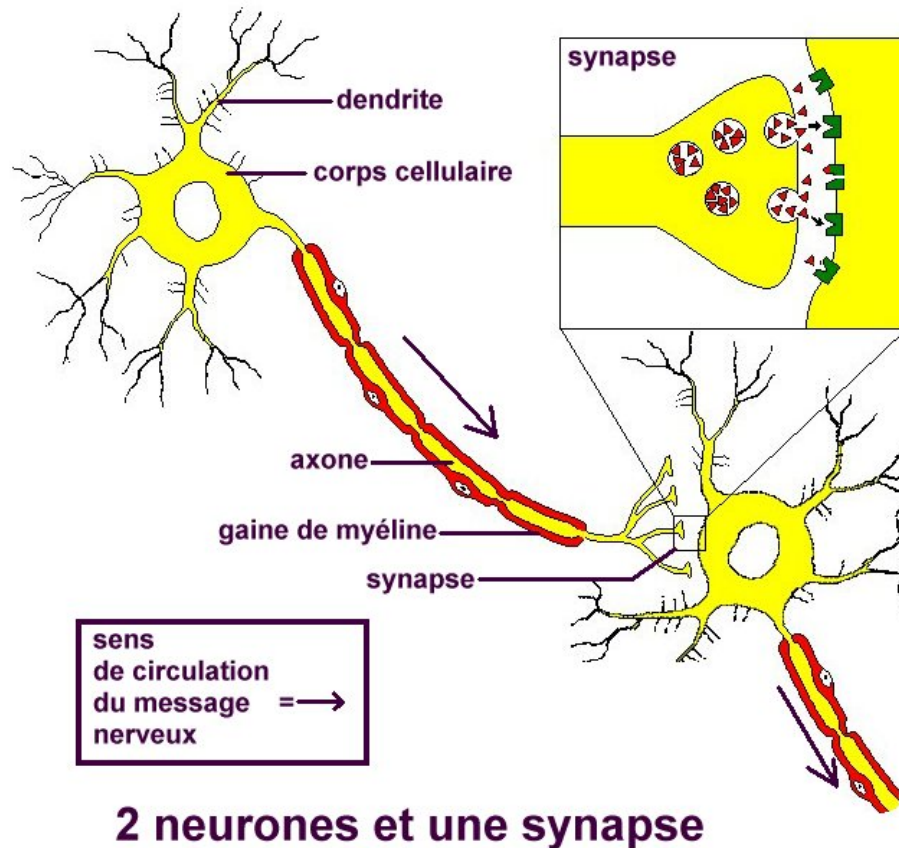
¹⁴² MARIEB, 2010, préc., note 3.

¹⁴³ Le nombre de neurones dans le cerveau humain est estimé à 100 milliards : P.R. ALBERT et C. BENKELFAT, « The neurobiology of depression--revisiting the serotonin hypothesis. II. Genetic, epigenetic and clinical studies », *Philosophical transactions of the Royal Society of London, Series B, Biological sciences* (2013), vol. 368, à la p. 1615.

¹⁴⁴ FEIGHNER, 2004, préc., note 133, p. 9.

¹⁴⁵ MARIEB, 2010, préc., note 3.

l'activité humaine visée. Les neurones s'occupent donc de toute la réception, l'analyse et la retransmission des messages neurologiques, le tout de l'ordre de quelques millisecondes¹⁴⁶.



2 neurones et une synapse

Image 1

Source : <http://imagesbiogeolx.free.fr/sn/original/NEURONE%2BSYNAPSE.html>, consulté en ligne le 17 novembre 2014.

La sérotonine serait un messager chimique du système nerveux central impliqué dans plusieurs fonctions physiologiques telles le sommeil, l'agressivité et les comportements alimentaires et sexuels¹⁴⁷. C'est en fait le déficit en sérotonine qui serait reconnu pour être à la base des mécanismes neurologiques menant à la dépression et à d'autres maladies anxieuses¹⁴⁸. Ainsi, plusieurs études ont été faites sur le sujet, dont

¹⁴⁶ MARIEB, 2010, préc., note 3.

¹⁴⁷ UNIVERSITÉ MCGILL, *Le Blogue du Cerveau*, préc., note 141.

¹⁴⁸ Annie DASZUTA, Mounira BANASR, Amélie SOUMIER et al., « Dépression et neuroplasticité : implication des systèmes sérotoninergiques », *Thérapie* (2005), Septembre-Octobre, vol. 60, n° 5, p. 461-

l'une couramment citée, qui établit une corrélation directe entre un gène défectueux réduisant le taux de sérotonine produit dans le cerveau et un niveau relativement élevé d'anxiété ressentie chez ces personnes¹⁴⁹. En sachant que la sérotonine jouerait un rôle clé dans les troubles de l'humeur, les traitements thérapeutiques en font souvent la cible¹⁵⁰. À ce titre, l'antidépresseur de type ISRS qu'est le Paxil permettrait d'augmenter le taux de sérotonine en circulation entre les neurones.

Précisément, un antidépresseur ISRS agit en inhibant la fonction de recapture au niveau de la synapse, ce qui augmente le taux de sérotonine en circulation (se référer à l'**Image 2** ci-après). Lors du passage d'information neurologique ci-haut expliqué, il y a une perte d'environ 10 % des neurotransmetteurs libérés qui seraient capturés par une pompe de recapture située sur le neurone émetteur d'information¹⁵¹. Les antidépresseurs ISRS agissent donc en empêchant cette recapture de la sérotonine, permettant ainsi à ce neurotransmetteur de rester plus longtemps dans l'espace synaptique. Du coup, ceci augmente les chances que la sérotonine soit reconnue par le neurone récepteur et, en bout de ligne, rehausse sa stimulation. Ce type d'antidépresseur aurait par ailleurs un taux d'efficacité d'inhibition de la recapture de la sérotonine entre 60 et 80 %¹⁵². Enfin, ces psychotropes sont décrits comme « sélectifs » parce qu'ils agissent uniquement sur la recapture spécifique de la sérotonine, par opposition à d'autres antidépresseurs qui agissent sur plusieurs neurotransmetteurs en même temps¹⁵³.

468 ; D.F. IONESCU, M.J. NICIU, E.M. RICHARDS et al., « Pharmacologic treatment of dimensional anxious depression: a review », *The Primary Care Companion to CNS Disorders* (2014), vol. 16, n° 3.

¹⁴⁹ K.P. LESCH, D. BENDEL, A. HEILS, et al., « Association of anxiety-related traits with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region », *Science* (1996), vol. 274, p. 1527-1531. Cet article est cité par 655 articles publiés sur PubMed, the *US National Library of Medicine – National Institutes of Health* (information trouvée en ligne : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8929413/citedby/?tool=pubmed>), le plus récent étant : S.G. DISNER, J.E. MCGEARY, T.T. WELLS et al., « 5-HTTLPR, HTR1A, and HTR2A cumulative genetic score interacts with mood reactivity to predict mood-congruent gaze bias », *Cognitive, affective & behavioural neuroscience* (2014), vol. 14, n° 4, p. 1259-1270.

¹⁵⁰ E. FAKRA, J.M. AZORIN, M. ADIDA et al., « Troubles affectifs et antidépresseurs : innovations thérapeutiques », *L'Encéphale* (2010), vol. 36, n° S6, p. 183-187.

¹⁵¹ UNIVERSITÉ MCGILL, *Le Blogue du Cerveau*, préc., note 141.

¹⁵² FEIGHNER, 2004, préc., note 133, p. 242.

¹⁵³ BOURIN, 2001, préc., note 131.

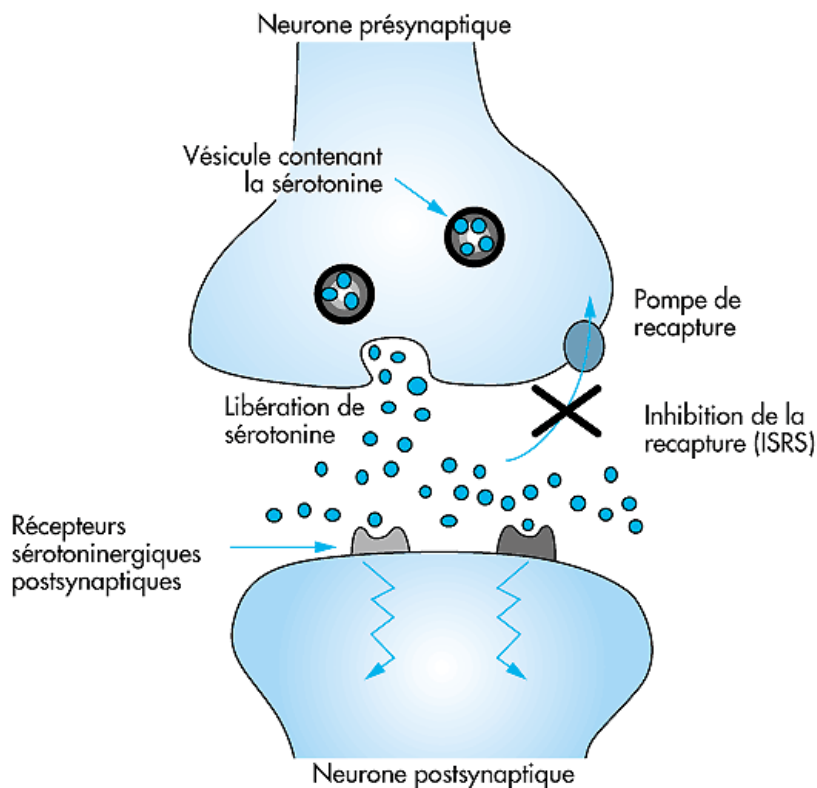


Image 2

Source : *Le syndrome sérotoninergique : comprendre, éviter et reconnaître*, en ligne : <http://www.technoplus.org/t,1/2749/le-syndrome-serotoninergique-:-comprendre--eviter-et-reconnaître>, consulté le 19 novembre 2014.

En définitive, les patients atteints de phobie sociale consomment l'antidépresseur Paxil car celui-ci pourrait alléger leurs symptômes d'anxiété leur permettant de mieux fonctionner en société. Ce psychotrope aurait des effets sur l'équilibre biochimique du cerveau en augmentant le taux de sérotonine, ce neurotransmetteur agissant en tant que messenger chimique d'information neurologique. Cependant, cette neuromédication est-elle sans conséquence ? Est-ce que la prise de psychotropes pour vaincre les problèmes d'anxiété sociale est vraiment la solution à préconiser ? Maints chercheurs répondent par la négative à ces questions et ont de nombreuses réserves face à ce genre de médicament antidépresseur et anxiolytique¹⁵⁴.

¹⁵⁴ M.H. TEICHER, C. GLOD et J.O. COLE, « Suicidal preoccupation during fluoxetine treatment », *The American Journal of Psychiatry* (1990), vol. 147, p. 1380–1381 ; P. MASAND, S. GUPATA et M. DEWAN, « Suicidal ideation related to fluoxetine treatment », *The New England Journal of Medicine* (1991), vol.

B) Les interrogations à la source

Depuis nombres d'années et encore aujourd'hui, plusieurs membres de la communauté scientifique se questionnent sur les antidépresseurs supposés rehausser le niveau de sérotonine dans le cerveau pour contrer les troubles dépressifs et anxieux. En fait, le déficit en sérotonine à la source des troubles de l'humeur serait une hypothèse plus qu'une affirmation : plusieurs autres facteurs biologiques et environnementaux seraient davantage impliqués. Nous entretiendrons donc le lecteur sur cette « hypothèse biochimique » des troubles mentaux, en faisant un lien avec les notions de maladie et de médicalisation. Nous terminerons ce chapitre en élaborant sur les conséquences comportementales de la consommation de Paxil, ouvrant la porte au questionnement éthique que nous analyserons conséquemment.

Malgré le fait que les antidépresseurs ISRS sont les plus prescrits de nos jours, plusieurs scientifiques remettent en question leur efficacité, leur sécurité et leur fonctionnement¹⁵⁵. En effet, une considérable portion de patients atteints de troubles de l'humeur ne répond pas adéquatement à ce type d'antidépresseur¹⁵⁶. À titre d'exemple, jusqu'à 50 % des patients atteints d'anxiété sociale qui ont suivi un traitement aux antidépresseurs présenteront des symptômes résiduels¹⁵⁷. Cette réponse partielle aux antidépresseurs ISRS s'explique par une méconnaissance des fonctions de notre cerveau à la fois concernant la cause des troubles mentaux que la réponse à leur traitement¹⁵⁸. La psychiatrie étant loin d'être une science exacte, aucun test physique ne peut confirmer un diagnostic psychiatrique; seuls les symptômes répertoriés dans le DSM servent

324, à la p. 420 ; G. ASHCROFT et D. HEALY (eds), « The receptor enters psychiatry », *The Psychopharmacologists* (2000), vol. 3, London, p. 189-200.

¹⁵⁵ C. MEDAWAR, « The Antidepressant Web : Marketing depression and making medicines work », *The International Journal of Risk & Safety in Medicine* (1997), vol. 10, n° 2, p. 75-126 ; D.C. SMITH, « Antidepressant efficacy », *Ethical Human Sciences and Services* (2000), vol. 2/3, p. 215-16 ; I. KIRSCH et J. MONCRIEFF, « Efficacy of antidepressants in adults », *British Medical Journal* (2005), vol. 331, n° 7509, p. 155-157 ; George D. LUNDBERG, « Placebo As Good as Paroxetine for Treating Acute Moderate-to-Severe Major Depression », *Medscape Journal of Medicine* (2008), vol. 10, n° 4, p. 79 ; H.E. PIGOTT, A.M. LEVENTHAL, G.S. ALTER et al., « Efficacy and effectiveness of antidepressants: current status of research », *Psychotherapy and Psychosomatics* (2010), vol. 75, n° 5, p. 267-279.

¹⁵⁶ Chantal MORET et Mike BRILEY, « The Importance of Norepinephrine in Depression », *Neuropsychiatric Disease and Treatment* (2011), vol. 7, suppl. 1, p. 9-13.

¹⁵⁷ M.V. AMERIN, C. MANCINI, B. PIPE, M. BENNETT, « Optimizing treatment in social phobia: a review of treatment resistance », *CNS Spectrums* (2004), vol. 9, p. 753-62.

¹⁵⁸ John HORGAN, *The undiscovered mind: How the human brain defies replication, medication, and explanation*, New York, Touchstone, 1999, 336 p.

d'assise afin de reconnaître les maladies et nous avons vu à quel point elles sont évolutives¹⁵⁹. Il faut donc se baser sur une hypothèse pour expliquer nos maux de l'âme. En l'espèce, le déficit en sérotonine est l'hypothèse biochimique la plus étudiée pour expliquer les troubles dépressifs, anxieux et comportementaux en tout genre. Même si elle est soutenue par moult psychiatres et professionnels de la santé, certains affirment qu'il n'existe aucune corroboration rigoureuse de cette hypothèse et qu'il existe un important corpus de preuves contradictoires¹⁶⁰.

En effet, plusieurs chercheurs et auteurs prolifiques suggèrent pour l'essentiel que le lien de causalité hypothétique entre la sérotonine et les troubles mentaux est pour le moins douteux¹⁶¹. À titre d'exemple, certains concentrent leurs recherches ailleurs, par exemple sur le niveau d'autres neurotransmetteurs ou même sur un dysfonctionnement de zones précises du cerveau¹⁶². En bref, les déficiences spécifiques sous-jacentes aux symptômes de dépression et d'anxiété ne sont pas encore claires et sont probablement variables d'un patient à l'autre¹⁶³. À vrai dire, les causes précises aux désordres mentaux ne sont pas encore connues et sont potentiellement multiples étant à la fois liées à des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux¹⁶⁴. En somme, si nous

¹⁵⁹ Se référer à la Section 1.2 - La médicalisation du social.

¹⁶⁰ Jeffrey R. LACASSE et Jonathan LEO, « Serotonin and Depression: A Disconnect between the Advertisements and the Scientific Literature » *PLOS Medecine* (2005), vol. 2, n° 12, e392 ; W. Joseph WYATT, « Psychiatry's flight from science: A profession's headlong, non-empirical rush to biological explanations », *Association for Behavior Analysis International* (2006), Atlanta, GA.

¹⁶¹ Elliot S. VALENSTEIN, *Blaming the brain*, New York, McGraw-Hill, 1998 ; Joseph GLENMULLEN, *Prozac backlash: Overcoming the dangers of Prozac, Zoloft, Paxil and other antidepressants with safe, effective alternatives*, New York, Simon & Schuster, 2000 ; Jeffrey R. LACASSE et Tomi GOMORY, « Is graduate social work education promoting a critical approach to mental health practice? », *Journal of Social Work Education* (2003), vol. 39, n° 3, p. 383-408 ; David HEALY, *Let them eat Prozac: The unhealthy relationship between the pharmaceutical industry and depression*, New York, New York University Press, 2004 ; Kenneth S. KENDLER, « Toward a philosophical structure for psychiatry », *American Journal of Psychiatry* (2005), vol. 162, p. 433-440.

¹⁶² Pedro DELGADO et Francisco MORENO, « Role of norepinephrine in depression », *Journal of Clinical Psychiatry* (2000), vol. 61, suppl. 1, p. 5-12 ; Mariana ANGOA-PEREZ, Michael J. KANE, Denise I. BRIGGS et al., « Mice Genetically Depleted of Brain Serotonin Do Not Display a Depression-like Behavioral Phenotype », *ACS Chemical Neuroscience* (2014), American Chemical Society Publications, vol. 5, n° 10, p. 908-919.

¹⁶³ W. Joseph WYATT, « Behavior Analysis in the Era of Medicalization: The State of the Science and Recommendations for Practitioners », *Behavior Analysis in Practice* (2009), vol. 2, n° 2, p. 49-57. [WYATT, 2009]

¹⁶⁴ U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, *Mental Health: A Report of the Surgeon General – Chapter 2 The fundamentals of mental health and mental illness*, Center for Mental Health Services, National Institute of Mental Health, Rockville, 1999, 494 p.

ne connaissons pas la cause précise des problèmes mentaux, comment y apporter une solution qui fonctionne ?

Effectivement, plusieurs scientifiques soulèvent qu'on ne connaît pas encore la façon exacte dont les neuromédicaments fonctionnent ou même s'ils fonctionnent réellement¹⁶⁵. Aussi, les effets à moyen et à long termes de ces médicaments sur le système nerveux central sont encore méconnus¹⁶⁶. Également, la science ignore toujours les effets de la médication sur une personne dite « saine », en opposition aux personnes présentant de potentiels déséquilibres neurobiochimiques¹⁶⁷. Plusieurs psychotropes sont donc utilisés sans que leur mode d'action ne soit complètement élucidé¹⁶⁸. Une explication plausible du mode de fonctionnement des antidépresseurs est qu'ils masquent les symptômes de certains troubles de l'humeur, dont la dépression et l'anxiété, en les résorbant de façon spontanée¹⁶⁹. Comme le précise la fiche descriptive du Paxil fournie par la compagnie l'ayant mis en marché, ce médicament est indiqué « pour le soulagement symptomatique de la phobie sociale généralisée »¹⁷⁰. L'amélioration symptomatique ainsi obtenue sous traitement masquerait la progression de l'épisode dépressif ou anxieux, mais n'en réduirait pas la durée¹⁷¹. C'est pourquoi il y aurait une persistance du risque de rechute en cas d'arrêt prématuré ou subi du

¹⁶⁵ D.L. MURPHY, A.M. ANDREWS, C.H. WICHEMS, Q. LI, M. TOHDA, et al. « Brain serotonin neurotransmission: An overview and update with emphasis on serotonin subsystem heterogeneity, multiple receptors, interactions with other neurotransmitter systems, and consequent implications for understanding the actions of serotonergic drugs », *Journal of Clinical Psychiatry* (1998), vol. 59, suppl. 15, p. 4-12. ; I. KIRSCH, T.J. MOORE, A. SCOBORIA, et al., « The emperor's new drugs: An analysis of antidepressant medication data submitted to the U.S. Food and Drug Administration », *Prevention & Treatment* (2002), vol. 5, n° 1 ; B. J. CARROLL, « Sertraline and the Cheshire cat in geriatric depression », *The American Journal of Psychiatry* (2004), vol. 161, n° 6, p. 1145-1146 ; G. AMMAR, W.J. NAJA et A. PELISSOLO, « Treatment-resistant anxiety disorders: A literature review of drug therapy strategies » *Encephale* (2015), vol. 41, n° 3, p. 260-265.

¹⁶⁶ POST, 2007, préc., note 24 ; GLAXOSMITHKLINE, *Paxil*, préc. note 126 ; WYATT, 2009, préc., note 163.

¹⁶⁷ CEST, 2009, préc., note 6, p. XXI ; E.A. EVANS et M.A. SULLIVAN, « Abuse and misuse of antidepressants », *Substance Abuse Rehabilitation* (2014), vol. 5, p. 105-120.

¹⁶⁸ CEST, 2009, préc., note 6, p. XXI.

¹⁶⁹ L. MCHENRY, « Ethical issues in psychopharmacology », *Journal of Medical Ethics* (2006), vol. 32, p. 405-410. [MCHENRY, 2006]

¹⁷⁰ GLAXOSMITHKLINE, *Paxil*, préc. note 126.

¹⁷¹ J.M. AZORIN, « Évolution et complications de la maladie dépressive : effet des traitements, aspects évolutifs de la dépression », *Éditions Masson* (1996), Paris, Chapitre 2, p. 17-36 ; Christian SPADONE, « Évolution des maladies dépressives », Paris, *La Presse Médicale* (2004), tome 33, n° 20, p. 1469-73. [SPADONE, 2004]

traitement¹⁷². D'ailleurs, plusieurs patients ne respectent pas la prescription des antidépresseurs ISRS sur le long terme à cause des nombreux effets secondaires : modification du rythme cardiaque, difficultés respiratoires, maux de tête, nausées, problèmes digestifs, somnolence, insomnie, fatigue et malaise, troubles psychomoteurs, étourdissements, gain et/ou perte de poids, irritabilité, dysfonctions sexuelles, bouche sèche et agitation¹⁷³. En plus des nombreux effets secondaires, plusieurs recherches ont démontré que les antidépresseurs ISRS peuvent provoquer des dépendances¹⁷⁴. Et ironiquement, malgré les effets escomptés du traitement, il y a toujours une possibilité d'aggravation de l'anxiété et de la dépression jumelée à des attaques de panique, d'agressivité et d'impulsivité¹⁷⁵.

Tout compte fait, en prescrivant un psychotrope pour combattre la phobie sociale, la psychiatrie offre un traitement à un problème ayant une cause biologique hypothétique. Ce traitement, qui doit être pris sur une longue période, agit en camouflant les manifestations de la « maladie ». Si nous reprenons les définitions précédemment élaborées, une maladie est une altération de la santé, par opposition à syndrome qui correspond à l'ensemble des signes et symptômes en rapport à une maladie¹⁷⁶. En s'attaquant aux symptômes d'anxiété sociale, le Paxil agit sur le syndrome et non pas sur la cause de la maladie en soi. Alors comment prétendre que ce médicament peut « guérir » le trouble de l'anxiété sociale s'il ne fait que soulager les symptômes non désirés de la timidité ? Mais en fait, comment régler le problème à la source et assurer un rétablissement à long terme si la source reste encore un mystère ?

¹⁷² GUELF, 2007, préc. note 131.

¹⁷³ Karel KOSTEV, Juliana REX, Thilo EITH, Christina HEILMAIER, « Which adverse effects influence the dropout rate in selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) treatment? Results for 50,824 patients », *GMS German Medical Science* (2014), vol. 12, doc. 15 ; MEDLINE PLUS, *Drugs, Supplements, and Herbal Information : Paroxetine*, U.S. National Library of Medicine et National Institutes of Health, en ligne : www.nlm.nih.gov/medlineplus/druginfo/meds/a698032.html#side-effects, consulté le 30 août 2015.

¹⁷⁴ C. MEDAWAR, A. HARDON, « Medicines out of control? Antidepressants and the conspiracy of goodwill », Amsterdam, *Aksant Academic Press* (2004), 258 pp ; E.J. SANZ, C. DE-LAS-CUEVAS, A. KIURU, et al., « Selective serotonin reuptake inhibitors in pregnant women and neonatal withdrawal syndrome: a database analysis », *Lancet* (2005), vol. 365, p. 482-487.

¹⁷⁵ U.S. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION, *Antidepressants Use in Children, Adolescents, and Adults - Reviews to Product Labeling*, U.S. Department of Health and Human Services, en ligne : www.fda.gov/downloads/Drugs/DrugSafety/InformationbyDrugClass/UCM173233.pdf, consulté le 30 août 2015. [U.S. FDA]

¹⁷⁶ Se référer à la Section 1.1 - La santé et la maladie : des notions évolutives, pour les définitions de « maladie » et « santé ».

Ultimement, médicaliser un trait de personnalité peut empêcher le patient d'être en connexion avec soi et lui donner l'illusion d'être guéri. Cette modification pharmacologique de la personnalité peut ainsi induire une « dissonance, une difficulté d'appropriation, voire une inquiétante étrangeté de soi-même »¹⁷⁷. Dans le même ordre d'idée, plusieurs médecins sont inquiets que les antidépresseurs pris pour contrer la timidité causent un émoussement du spectre émotionnel, altérant la force de nos liens relationnels, notre degré de concentration et même notre capacité à tomber en amour¹⁷⁸. La conséquence est vaste et peut-être irrécupérable : une perte de gamme d'émotions menant à l'appauvrissement de l'expérience humaine¹⁷⁹.

Il faut donc rester très prudent face à la grande percée du médicament Paxil sur le marché et à son statut de « pilule miracle » contre la timidité malade¹⁸⁰. De l'avis de certains psychiatres et pharmaciens, il serait en effet opportun de ne pas réduire l'anxiété sociale à un trouble pouvant être réglé uniquement par voie médicamenteuse¹⁸¹. Selon Spadone, les maladies dépressives ou anxieuses devraient être considérées comme toutes les autres maladies chroniques, telles l'asthme ou le diabète, car elles nécessitent une surveillance continue, un traitement des poussées et un traitement préventif des récurrences¹⁸². D'ailleurs, les traitements médicamenteux devraient être plus souvent utilisés en combinaison avec des thérapies comportementales et cognitives (ci-après « TCC »)¹⁸³. Ces thérapies visent « à remplacer les idées négatives et les comportements inadaptés par des pensées et des réactions en adéquation avec la réalité »¹⁸⁴. La TCC aiderait à progressivement dépasser les symptômes invalidants, tels le stress, les évitements, les inhibitions, les réactions agressives, ou la détresse à l'origine de

¹⁷⁷ GOFFETTE, 2009, préc., note 26, p. 62.

¹⁷⁸ Christopher LANE, *Shyness: How normal behavior became a sickness*, The Wall Street Journal, New York, Book excerpted with permission by Yale University Press, 2007. [LANE, 2007]

¹⁷⁹ *Id.*

¹⁸⁰ MCHENRY, 2006, préc., note 169, p. 406.

¹⁸¹ ZARIFIAN, 1994, préc., note 22, p. 196 ; ASSOCIATION DES PSYCHIATRES DU CANADA, « Guide de pratique clinique; traitement des troubles anxieux », *Canadian Journal of Psychiatry* (2006), vol. 51 (supp. 2) ; Jean-Pierre BERNIER et Isabelle SIMARD, « Mise à jour dans le traitement des troubles anxieux », *Pharmactuel* (2007), vol. 40, n° 4, p. 204-217.

¹⁸² SPADONE, 2004, préc., note 171.

¹⁸³ GOURION, 2003, préc., note 21.

¹⁸⁴ Annie GRUYER et Karim SIDHOUM, « Thérapie comportementale et cognitive », *Psycom*, Paris, Dernière mise à jour Octobre 2013, en ligne : www.psycom.org/Soins-et-accompagnement/Therapies/Therapie-comportementale-et-cognitive-TCC, consulté le 24 septembre 2014. [GRUYER, TCC]

souffrance psychique¹⁸⁵. Par conséquent, cette forme de thérapie permettrait une véritable guérison de l'état du patient à long terme.

Pour tout dire, l'essence de la médicalisation du social est de trouver une explication biologique aux troubles communs qui ne sont plus tolérés dans notre société et faire croire au besoin de médication¹⁸⁶. En sachant que la chimie défectueuse du cerveau n'est qu'une hypothèse à la source du trouble de l'anxiété sociale, que les psychotropes masquent les symptômes de ce trouble sans s'attaquer au fond du problème et que les conséquences à cette médication sont graves et potentiellement irréversibles, est-ce la bonne solution ? Ici, il faut savoir se mettre dans la peau d'une personne vivant une extrême timidité et qui se voit offrir une solution simple et rapide à son problème. C'est ainsi que se dresse tout le dilemme éthique et le questionnement juridique derrière l'antidépresseur Paxil : le patient devrait-il se voir prescrire ou non ce médicament pour combattre sa timidité malade ? Comment les individus peuvent-ils être adéquatement protégés dans ces circonstances ? Y a-t-il des normes que les médecins doivent suivre afin de limiter, ou à tous le moins, expliquer les conséquences du recours aux psychotropes comme le Paxil ?

¹⁸⁵ GRUYER, TCC, préc.. note 184.

¹⁸⁶ Peter CONRAD, *The Medicalization of Society : On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 2007, 204 p.

CHAPITRE 3 – L'ENJEU ÉTHIQUE DANS LE CONTEXTE DE LA PRESCRIPTION DE PAXIL

L'examen des effets pervers du phénomène de la médicalisation du social, notamment dans le contexte du trouble de l'anxiété sociale et de son traitement privilégié – l'antidépresseur Paxil – que nous venons d'évoquer dans le chapitre précédent, nous amène à nous poser la question suivante : le droit actuel protège-t-il le patient qui, aux prises avec une phobie sociale, peut être incité à médicaliser un simple dysfonctionnement comportemental qui pourrait être traité autrement, de manière moins invasive ? Pour répondre à cette question, nous proposons d'abord une réflexion en éthique appliquée, afin d'identifier le dilemme éthique en présence. Cette réflexion guidera ensuite notre analyse juridique des normes pertinentes régissant la relation entre le médecin et son patient, plus précisément en ce qui concerne la prescription de psychotrope. Il importe de spécifier ici que le présent essai se concentre sur cette relation médicale plutôt que sur la pertinence de produire de tels médicaments ou le rôle des pharmaceutiques dans cette médicalisation du social. En d'autres termes, ce qui nous intéresse est la capacité qu'a le médecin de soigner son patient sans nécessairement médicaliser sa condition sociale. Nous commencerons par définir divers concepts en éthique et expliquer comment l'éthique et le droit s'unissent pour guider notre réflexion.

SECTION 3.1 – La convergence de l'éthique et du droit

Dans le contexte du présent essai, le médecin appelé à prendre une décision quant à la prescription d'un psychotrope à un patient aux prises avec le trouble de l'anxiété sociale doit prendre en considération les deux principes que sont l'autonomie du patient et la bienfaisance que le médecin doit avoir à l'égard de ce dernier, parmi les quatre principes proposés par la bioéthique. Cette réflexion éthique nous mènera ensuite vers le droit pour évaluer de quelle façon les lois, règlements ou autres normes souples encadrent le travail du médecin dans cette prise de décision et lui permet de prendre en compte l'autonomie du patient tout autant que son devoir de bienveillance. Ce sera pour nous l'occasion d'établir comment l'éthique et le droit peuvent s'unir afin d'être utiles à notre réflexion.

Tout d'abord, il faut souligner le fait que d'importants débats font rage quant au vocabulaire utilisé en éthique. Un exercice définitionnel s'impose donc quant aux termes suivant : éthique, morale, éthique appliquée, bioéthique, principes, valeurs et dilemme éthique. L'**éthique** est une discipline intellectuelle singulière que l'on associe habituellement à la philosophie. Elle offre des outils de réflexion pour interroger et comprendre la dimension normative de l'action humaine et, en particulier, les décisions ayant conduit à des actes précis¹⁸⁷. La réflexion éthique nous amène ainsi à réaliser un travail de légitimation des actions humaines à travers un processus où il faut expliciter les valeurs et normes qui justifient l'action.

L'éthique mise donc sur le développement d'une analyse axiologique des situations, de même que le développement de la critique et du jugement. Ainsi peut-on dire que l'éthique prend en considération les valeurs et normes propres à un contexte singulier dans « la formulation d'un jugement éclairé et l'élaboration d'une action appropriée »¹⁸⁸. Tandis que la **morale** est la « science du bien et du mal »¹⁸⁹, orientée vers la recherche de ce qu'une personne doit faire pour atteindre le bien¹⁹⁰, l'éthique a une finalité plus pratique¹⁹¹. De façon plus complète, l'éthique tient compte non seulement des aspects moraux d'une situation, mais également des aspects économiques, sociologiques et technologiques¹⁹². Ainsi, l'éthique prend aujourd'hui le relais de la morale comme régulateur des comportements individuels et sociaux, en sus du droit¹⁹³. Cela permet d'arriver à une solution rationnelle en considération de la multitude de conceptions possibles d'une même problématique.

Plus particulièrement, l'**éthique appliquée** selon Beauchamp réfère à « l'utilisation d'une théorie et de méthodes philosophiques pour analyser d'une manière

¹⁸⁷ CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE, *Qu'est-ce que l'éthique? Proposition d'un cadre de référence*, Gouvernement du Québec, 2004.

¹⁸⁸ André LACROIX, « Quelle éthique pour quelle organisation ? », dans L. BÉGIN, (dir. pub.), *Cinq questions d'éthique organisationnelle*, Québec, Nota Bene, 2014, p. 23. [LACROIX, 2014]

¹⁸⁹ Guy DURAND, *La bioéthique : Nature, principe et enjeux*, Paris, Éditions du Cerf-Fides, Montréal, 1989, p. 12. [DURAND, 1989]

¹⁹⁰ Carmen LAVALLÉE, « À la frontière de l'éthique et du droit », R.D.U.S. (1993), vol. 24, p. 14. [LAVALLÉE, 1993]

¹⁹¹ André LACROIX, *Redéployer la raison pratique : pour une éthique pragmatique*, Montréal, Liber, 2011.

¹⁹² *Id*, p. 56-57.

¹⁹³ LAVALLÉE, 1993, préc., note 190, p. 21.

fondamentale les problèmes moraux qui se posent dans le monde des professions, de la technologie, des politiques publiques, etc. »¹⁹⁴. Contrairement à la philosophie qui constitue un nuage de connaissances difficilement applicables aux problèmes pratiques, l'éthique appliquée utilise les principes issus de la philosophie pour les rendre accessibles au public afin de les sortir d'impasse questionnant leur sens moral. Selon Boudreau, l'éthique appliquée correspond à un :

« Processus de réflexion critique visant et menant nécessairement à la prise de décision (l'action) dans une situation donnée. La réflexion se fait sur les valeurs, les normes, les modes de régulation sociale (cadre institutionnel et/ou social) dans une approche centrée sur la compréhension commune des situations via le recours au dialogue. Suite à l'évaluation de l'action la plus adéquate (" la meilleure ") dans les circonstances, il s'agit d'équilibrer réflexion et action pour passer à une décision concrète. »¹⁹⁵

C'est dans un contexte où l'avancement des sciences et des technologies interagit avec des problèmes éthiques que la **bioéthique** est née. Pour revenir aux sources de l'éthique, le père de la bioéthique la définit comme « la compréhension des relations établies par notre cerveau pensant entre le savoir biologique, d'une part, et la conscience sociale et philosophique, d'autre part »¹⁹⁶. Potter a choisi le préfixe *bio* faisant référence aux sciences de la vie, et *éthique* pour désigner la connaissance des systèmes de valeurs portant sur la condition humaine. Contrairement à la santé publique qui représente une « entreprise sanitaire » avec tout un appareillage professionnel, institutionnel et légal¹⁹⁷, la bioéthique apporte une méthode concrète au médecin ou chercheur pour solutionner les problèmes d'ordre éthique auxquels il est confronté et l'aider à prendre la meilleure décision possible¹⁹⁸.

Pour ce faire, il existe quatre **principes** fondamentaux en bioéthique qui encadrent et développent la réflexion des praticiens :

¹⁹⁴ Tom L. BEAUCHAMP cité par Jocelyne SAINT-ARNAUD, *Enjeux éthiques et technologies biomédicales : Contribution à la recherche en bioéthique*, Préface de Hubert DOUCET, Les Presses de l'Université de Montréal, 1999, p. 7-11. [SAINT-ARNAUD, 1999]

¹⁹⁵ Marie-Claude BOUDREAU, *L'intervention en éthique appliquée au Québec : spécificité et exigence*, Maîtrise en éthique appliquée, Université de Sherbrooke, Longueuil, 2011, p. 28-29.

¹⁹⁶ Van Rensselaer POTTER, *Bioethics, Bridge to the Future*, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall, 1971.

¹⁹⁷ Raymond MASSÉ, *Éthique et santé publique : Enjeux, valeurs et normativité*, avec la collaboration de Jocelyne SAINT-ARNAUD, Les Presses de l'Université Laval, Québec, 2003, 430 p., p. 17.

¹⁹⁸ Daniel CALLAHAN, « Bioethics as a Discipline », *Hastings Center Studies* (1973), vol. 1, n° 1, p. 66-73.

1. Le principe du respect de l'autonomie impose le respect des capacités décisionnelles des personnes autonomes;
2. Le principe de bienfaisance impose non seulement d'être bienfaisant en posant des actions positives, mais encore en soupesant les bénéfices possibles par rapport aux torts susceptibles de survenir, de manière à maximiser les bénéfices et à minimiser les torts;
3. Le principe de non-malfaisance impose de ne pas infliger des torts aux autres;
4. Le principe de justice impose l'équité dans la distribution des bénéfices et des risques¹⁹⁹.

Dans *Principles of Biomedical Ethics*, fondement incontournable de la bioéthique, les auteurs Beauchamp et Childress en font une étude systématique²⁰⁰. Cette approche par principes ou « principisme²⁰¹ » peut être qualifiée de canonique tellement son utilisation est devenue incontournable à travers le monde, malgré ses insuffisances conceptuelles de plus en plus nombreuses soulignées par les chercheurs²⁰². Ceci dit, il ne faut pas se méprendre et croire que ces principes sont des fins en soi; ils constituent plutôt des outils normatifs nous permettant de prendre en considération la diversité des valeurs dont il nous faut maintenant prendre en compte lorsque nous discutons de questions éthiques découlant du domaine biomédical²⁰³. Cette approche manifeste donc un grand souci d'équilibre.

Selon Boisvert, une **valeur** est un concept essentiellement social qu'une communauté partage pour fonder son choix d'action :

« [...] dans le contexte particulier de la prise de décision, la valeur est importante si elle sert de critère pour juger si une action peut être considérée comme meilleure qu'une autre. Dans ce sens, les valeurs représentent des

¹⁹⁹ Tom L. BEAUCHAMP, *Moral Foundations*, dans S. S. COUGHLIN, T. L. BEAUCHAMP et Douglas L. WEED, *Ethics and Epidemiology*, 2nd édition, Oxford, Oxford University Press, 2009.

²⁰⁰ Tom L. BEAUCHAMP et James F. CHILDRESS, *Principles of Biomedical Ethics*, 4th édition, Oxford University Press, New York, 1994, 546 p. [BEAUCHAMP et CHILDRESS, 1994]

²⁰¹ Traduction de « *principlism* » utilisé dans la littérature française.

²⁰² Hubert DOUCET, *Au pays de la bioéthique : L'éthique biomédicale aux États-Unis*, Le Champ éthique N° 29, Genève, Labor et Fides, 1996, p. 63. [DOUCET, 1996]

²⁰³ SAINT-ARNAUD, 1999, préc., note 194, p. 10 ; S.H. SCHWARTZ et S. LILACH, « Identifying culture-specificities in the content and structure of values », *Journal of Cross-Cultural Psychology* (1995), vol. 26, n° 1, p. 92-116. Selon Schwartz et Lilach, il existe 56 valeurs sociales regroupées en 10 grandes catégories : pouvoir, accomplissement, hédonisme, stimulation, maîtrise de sa destinée, universalisme, bienveillance, tradition, conformité et sécurité.

idéaux collectifs qui doivent nous guider dans le processus de raisonnement »²⁰⁴.

Dans le même ordre d'idées, Legault affirme que « la valeur occupe une place privilégiée dans un modèle de décision délibérée, puisqu'elle est la principale composante du caractère intentionnel de l'action »²⁰⁵. Selon les problématiques éthiques en cause, un conflit de principes ou de valeurs se dessine et rend la prise de décision difficile pour son auteur : c'est ce qu'on appelle un **dilemme éthique**²⁰⁶. La bioéthique offre donc une méthode de résolution des dilemmes éthiques où l'évaluation des principes en conflit laisse place au compromis, à la médiation et à la négociation²⁰⁷. Selon Beauchamp et Childress, l'analyse éthique cherche ainsi à établir une harmonisation entre les principes ou démontrera pourquoi l'obligation morale générée par l'un d'entre eux sera prédominante²⁰⁸. Lorsque l'harmonisation des principes ou valeurs n'est pas possible, une hiérarchisation s'impose donc afin de pouvoir poser une action concrète. L'éthique est donc un lieu d'arbitrage des conflits pour en arriver à des solutions viables dans des situations concrètes, mais elle comporte ses limites quant au caractère coercitif.

De nos jours, le droit est devenu la principale source de régulation de nos comportements dans l'espace public, regroupant toutes les règles de conduite morale²⁰⁹. Certains voient même le droit comme étant le seul mode de régulation sociale, ce qui par contre est vivement critiqué²¹⁰. D'autant plus que le droit se retrouve souvent limité face aux problèmes complexes qui se posent notamment avec l'évolution des pratiques médicales. Pensons à ce titre au clonage, aux mères porteuses, aux soins de fin de vie, à

²⁰⁴ Yves BOISVERT et al., *Petit manuel d'éthique appliquée à la gestion publique*, Montréal, Liber, 2003, p. 47 et 86. [BOISVERT, 2003]

²⁰⁵ Georges A. LEGAULT, *Professionnalisme et délibération éthique : Manuel d'aide à la décision responsable*, Les Presses de l'Université du Québec, 1999, p. 121.

²⁰⁶ COMMISSION DE L'ÉTHIQUE, DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNOLOGIE, « Qu'est-ce que l'éthique : Qu'est-ce qu'un dilemme éthique », Gouvernement du Québec, en ligne : www.ethique.gouv.qc.ca/fr/ethique/quest-ce-que-lethique/quest-ce-quun-dilemme-ethique.html, consulté le 22 juillet 2015.

²⁰⁷ BEAUCHAMP et CHILDRESS, 1994, préc., note 200, p. 195.

²⁰⁸ *Id.*

²⁰⁹ LACROIX, 2014, préc., note 188.

²¹⁰ Guy ROCHER, *Études de sociologie du droit et de l'éthique*, Montréal, Les Éditions Thémis, 1996 [ROCHER, 1996] ; Jean-Louis GÉNARD, *Les dérèglements du droit : entre attentes sociales et impuissance morale*, Bruxelles, Labor, 2000.

la reproduction assistée et, en l'espèce, aux médicaments avec de nouvelles visées thérapeutiques²¹¹. La loi comme processus régulateur empreint de lourdeur ne peut suivre le rythme effréné des avancées scientifiques. L'éthique s'impose donc comme un outil supplétif au droit afin de proposer des solutions acceptables aux problèmes modernes²¹². La réflexion éthique permettrait de combler les insuffisances du droit à réguler nos sociétés et se questionne sur la nécessité d'une transformation juridique²¹³.

Quoiqu'ils aient des finalités bien distinctes, l'éthique et le droit sont en fait complémentaires. Le droit contribue à assurer les bases de l'organisation et du fonctionnement de la société en imposant des conduites et en y forçant l'adhésion à certaines occasions²¹⁴. En outre, le droit doit faire des compromis entre les différentes valeurs sociales afin de satisfaire aux exigences de justice et de paix sociale²¹⁵. Pour sa part, l'éthique est le seul mode de régulation des comportements qui provient d'abord du jugement personnel de l'individu, tout en se fondant également sur des valeurs communes pour donner un sens à ses actions²¹⁶. Ces deux cadres d'analyse étant complémentaires, leur utilisation conjointe permettra de cerner les diverses dimensions de notre problème.

Nous observons justement un phénomène d'« éthicisation » du droit au cours des trente dernières années, soit l'intégration explicite ou implicite de l'éthique au droit²¹⁷. Un tel phénomène fait en sorte que le droit laisse de côté son caractère autoritaire pour devenir plus réflexif, c'est-à-dire qu'il reconnaît au destinataire de la norme la possibilité de réfléchir le comportement qui sera adopté au lieu de simplement lui imposer le bon comportement à suivre²¹⁸. Ce phénomène moderne d'emprunt ou de renvoi du droit à

²¹¹ LAVALLÉE, 1993, préc., note 190.

²¹² *Id.*, p. 21.

²¹³ André LACROIX, Louise LALONDE et George A. LEGAULT, « Les transformations sociales et le théorie normative du droit », R.D.U.S. (2002-2003), vol. 33, p. 3.

²¹⁴ ROCHER, 1996, préc., note 210, p. 3.

²¹⁵ Jean-Louis BAUDOUIN et Catherine LABRUSSE-RIOU, *Produire l'homme : de quel droit? – Étude juridique et éthique des procréations artificielles*, Paris, P.U.F., 1987, p. 259.

²¹⁶ BOISVERT, 2003, préc., note 204, p. 43.

²¹⁷ Emmanuelle MARCEAU, *Les défis de l'éthicisation du droit : validité conceptuelle des lois éthiques en contexte québécois*, Thèse de doctorat, Université de Sherbrooke, 2015.

²¹⁸ *Id.*

l'éthique permettrait la mise en place de modes de régulation sociale plus efficaces²¹⁹. Cette coexistence de l'éthique et du droit révèle leur rapport de complémentarité, qui sera examiné dans les prochaines sections eu égard à la prescription de neuromédicaments.

SECTION 3.2 – Le conflit de principes bioéthiques

L'éthique favorise la réflexion critique pouvant aider à faire face à des situations de dilemme en tant que « problématique qui crée des tensions et des contradictions lors du processus réflexif de l'individu »²²⁰. En bioéthique, ces tensions s'observent entre des principes fondamentaux servant de cadre analytique et ayant la fonction de guider le professionnel de la santé à travers ses réflexions et actions²²¹. Dans le contexte de la prescription de Paxil pour le trouble de l'anxiété sociale et de la médicalisation du social, il semble que les médecins soient confrontés à une tension entre deux principes fondamentaux, à savoir : l'autonomie du patient et la bienfaisance.

A) Autonomie

L'autonomie, du latin *auto nomos* désignant « qui se donne ses propres règles », correspond au développement du jugement personnel, du discernement et donc, de la faculté de choisir²²². Elle se comprend comme la capacité de chaque personne à agir conformément à ses valeurs, croyances et buts personnels. C'est l'un des quatre principes fondamentaux en bioéthique, en plus d'occuper le statut de valeur suprême²²³. Par contre, donner au respect de l'autonomie le statut de principe en priorité sur tout autre serait de lui accorder trop de poids²²⁴. Il ferait plutôt partie intégrante de la

²¹⁹ André LACROIX et Emmanuelle MARCEAU, « Éthique et droit : Des rapports complexes et variables pour réguler l'espace public », Décembre 2015, Texte inédit.

²²⁰ Lyse LANGLOIS, « Comment instaurer un processus décisionnel éthique chez les gestionnaires? », LX^e congrès des relations industrielles de l'Université Laval, p. 13-26, dans Lyse LANGLOIS, Rodrigue BLOUIN, Sylvie MONTREUIL et Jean SEXTON (dir.), *Éthique et dilemmes dans les organisations*, Les Presses de l'Université Laval, 2005.

²²¹ BEAUCHAMP et CHILDRESS, 2001, préc., note 27.

²²² ASSOCIATION DES ÉTABLISSEMENTS DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DU QUÉBEC, *Bienfaisance, autonomie et justice : Les assises de l'éthique en réadaptation*, avril 2005, 17 pp, p. 5. [AERDPQ, 2005]

²²³ Alain EHRENBURG, « Santé mentale : l'autonomie est-elle un malheur collectif ? », *Esprit* (2014), p. 103.

²²⁴ BEAUCHAMP et CHILDRESS, 2001, préc., note 27, p. 199.

structure des principes bioéthiques qu'il faut analyser sur un même pied d'égalité²²⁵. À propos de l'autonomie, le Comité provincial d'éthique clinique en réadaptation de l'*Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec* s'exprime comme suit :

« [...] le principe d'autonomie constitue une obligation morale de traiter chaque personne comme un être libre et capable d'autodétermination, c'est-à-dire comme un être responsable. Respecter l'autonomie, c'est donner du poids aux opinions, aux volontés et aux choix responsables exprimés par la personne autonome »²²⁶.

Exercer un contrôle autonome sur sa vie fait autant appel à la liberté qu'à la responsabilité, deux valeurs sous-jacentes. Dans le *Rapport Belmont*, fondement de principes en bioéthique, l'autonomie est le signe du respect de la personne comprenant deux principes d'éthique fondamentaux : « premièrement, les individus doivent être traités comme des agents autonomes et, deuxièmement, les personnes dont l'autonomie est diminuée ont le droit d'être protégées »²²⁷. En d'autres mots, respecter l'autonomie implique de ne pas faire ingérence dans la vie d'autrui sans son consentement préalable²²⁸.

Dans le cadre d'une relation médicale, le respect de l'autonomie oblige le médecin à écouter la volonté exprimée par un patient apte²²⁹. Respecter le patient comme un être autonome capable de penser, de décider et d'agir librement, résulte du principe de l'inviolabilité de la personne humaine²³⁰. Le respect de l'autonomie va de pair avec les principes d'intégrité et d'inviolabilité de la personne qui se trouvent codifiés aux articles 10 à 25 du *Code civil du Québec*²³¹. Fondé sur ces préceptes

²²⁵ Se référer à la note 199 exposant les quatre principes fondamentaux en éthique.

²²⁶ AERDPQ, 2005, préc., note 222.

²²⁷ NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, « Le Rapport Belmont : Principes d'éthique et lignes directrices pour la recherche faisant appel à des sujets humains » dans *Médecine et expérimentation*, Cahiers de bioéthique, vol. 4, Québec, Presses de l'Université Laval, 1982, p. 236. [*Rapport Belmont*, 1982]

²²⁸ Fabrice GZIL, « La question éthique du respect de l'autonomie », *Revue Psychiatrique*, Elsevier Masson, *Annales Médico-Psychologiques* (2009), vol. 167, n° 3, p. 232.

²²⁹ COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE DU CLSC-CHSLD HAUTE-VILLE-DES-RIVIÈRES, *Éléments de réflexion sur l'approche éthique des conflits de valeurs dans la pratique professionnelle*, CLSC Centre affilié universitaire, en collaboration avec Michel-T. Giroux, Janvier 2001. [COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE, 2001]

²³⁰ LAVALLÉE, 1993, préc., note 190, p. 37.

²³¹ *Code civil du Québec* (C.c.Q.), L.Q. 1991, c. 64. [C.c.Q.]

fondamentaux, nul ne peut porter atteinte à autrui sans son consentement libre et éclairé²³² : ceci est l'une des pierres angulaires de la dignité humaine²³³. Ce principe rejoint l'obligation déontologique du médecin, que nous développerons plus amplement dans le prochain chapitre, d'obtenir le consentement de son patient avant d'entreprendre tout examen, investigation, traitement ou recherche²³⁴. L'autonomie est justement le principe éthique qui sous-tend la procédure du consentement éclairé, lequel s'exprime ainsi : « le patient a la possibilité d'exercer son jugement et d'évaluer si le traitement proposé est acceptable compte tenu de sa spécificité individuelle »²³⁵.

Contrairement aux États-Unis où l'autonomie de la personne est le principe primordial à respecter et à la France où le bien-être du patient défini par le médecin a normalement préséance, nous nous trouvons, au Canada, dans une situation médiane²³⁶. Ainsi, les médecins informent de plus en plus leurs patients des diagnostics et pronostics, expliquent davantage les traitements possibles et recherchent leur assentiment quant au traitement proposé²³⁷. Cette attitude du corps médical se rapproche donc du véritable consentement libre et éclairé. En ce sens, un tel consentement est l'autorisation autonome d'un individu à une intervention médicale. Pour Beauchamp et Childress, il existe trois conditions essentielles à l'action autonome :

- 1- La nature intentionnelle de l'action, aussi nommé l'« agentivité²³⁸ », soit la capacité d'agir intentionnellement ;
- 2- Une compréhension substantielle de l'action et de ses conséquences ;
- 3- La liberté d'action, soit une indépendance suffisante face aux influences contrôlantes déterminant l'action.²³⁹

²³² *Id.*, art. 10 C.c.Q.

²³³ Christian BYK (dir.), « La dignité : Un concept humaniste à l'ère du post-humain? », *Journal international de bioéthique*, 2010/3, vol. 21, Paris, Éditions ESKA, p. 11-83.

²³⁴ *Code de déontologie des médecins*, L.R.Q., c. M-9, r. 17, art. 28. [*Code de déontologie des médecins*]

²³⁵ Pierre DELVOYE, « Considérations éthiques », *Revue de médecine périnatale* (Septembre 2011), vol. 3, issue 3, p. 125.

²³⁶ Jean-Louis BAUDOUIN et Marie-Hélène PARIZEAU, « Réflexions juridiques et éthiques sur le consentement au traitement médical », *Médecine/Sciences* (Janvier 1987), vol. 3, n° 1, p. 8-9.

²³⁷ SAINT-ARNAUD, 1999, préc., note 194, p. 93.

²³⁸ Jacques GUILHAUMOU, « Autour du concept d'agentivité », dans « Agency : un concept opératoire dans les études de genre? », *Rives méditerranéennes* (2012), vol. 41, p. 25-34 : « agency » traduit par « agentivité » référant à la puissance d'agir, en étant la volonté inhérente du sujet.

²³⁹ BEAUCHAMP et CHILDRESS, 2001, préc., note 27, p. 59.

Le respect de l'autonomie oblige donc le professionnel de la santé à divulguer toute l'information, sonder et encourager la compréhension et le caractère volontaire de l'action et de favoriser la prise de décision adéquate du patient²⁴⁰. En récapitulation, un consentement libre et éclairé survient si et seulement si le patient comprend le traitement envisagé, qu'il y a une absence de contrôle substantiel par des sources extérieures et qu'il autorise intentionnellement le professionnel à poser l'acte médical²⁴¹. Dans le contexte de la prescription d'antidépresseurs pour contrer le trouble de l'anxiété sociale, le patient est-il suffisamment autonome dans sa décision ? Son consentement est-il véritablement intentionnel, libre et éclairé ?

Tout d'abord, en reprenant les conditions développées dans *Principles of Biomedical Ethics*, il semble que la décision du patient de se faire prescrire du Paxil est effectivement intentionnelle. Avec sa capacité de réfléchir et d'agir, la personne apte à l'intention de régler son problème de timidité et la prise de psychotrope s'avère une solution envisageable. Nous allons donc analyser les deux autres conditions de l'acte autonome décrit par Beauchamp et Childress, soit la compréhension en lien avec le caractère éclairé du consentement et la liberté observée à travers l'absence de pressions externes.

Pour que le patient puisse poser ce jugement analytique, il faut que le médecin lui fournisse toutes les explications pertinentes sur le traitement proposé²⁴². Plus précisément, les informations médicales nécessaires pour l'obtention d'un consentement éclairé du patient doivent porter sur « la nature de l'acte, ses conséquences prévisibles, les risques éventuels et les autres traitements disponibles »²⁴³. Le patient doit donc posséder la capacité mentale de comprendre l'information et doit donner au médecin une autorisation précise pour entreprendre le plan de traitement²⁴⁴. Par contre, la responsabilité n'incombe pas uniquement au médecin : le patient doit également poser

²⁴⁰ BEAUCHAMP et CHILDRESS, 2001, préc., note 27, p. 64.

²⁴¹ *Id.*, p. 78.

²⁴² *Code de déontologie des médecins*, préc., note 234, art. 29.

²⁴³ DURAND, 1989, préc., note 189, p. 40.

²⁴⁴ ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, *Le consentement : Guide à l'intention des médecins du Canada*, Quatrième édition, Kenneth G. EVANS, Avocat-conseil, Mai 2006, Révisé Juin 2016. [ACPM, *Consentement*, 2016]

des questions quand il n'est pas certain et il doit réfléchir attentivement à ses choix²⁴⁵. Quoique le patient a toujours le droit d'accepter ou de refuser l'information afin de prendre sa décision, le professionnel de la santé a l'obligation fondamentale d'assurer au patient son droit de choisir le traitement envisagé²⁴⁶. Dans cette optique, le malade participe à l'évaluation de la proportionnalité du traitement, de manière à ce que la décision soit prise de façon consensuelle²⁴⁷.

Tel que nous l'avons déjà abordé, plusieurs informations restent toujours manquantes concernant les psychotropes : incompréhension partielle de leur fonctionnement et mode d'action, méconnaissance du rôle des neurotransmetteurs sur les troubles mentaux et effets à moyen et long termes sur le système nerveux central encore inconnus²⁴⁸. Il faut donc être conscient des limites à ce que le médecin peut fournir comme information au patient sur le médicament qu'il pourrait consommer pour vaincre son trouble anxieux, sans pour autant que sa compréhension globale en soi affectée.

Ensuite, rappelons que pour être libre, le consentement doit être dénué de toute pression externe, ce qui pourrait ne pas être le cas en l'espèce²⁴⁹. En effet, la vision de performance et d'amélioration qu'impose la société actuelle pour optimiser sans cesse nos capacités et aptitudes pourrait justement mettre en cause l'autonomie de l'individu²⁵⁰. Les pressions exercées de toutes parts sur les individus autant par les médias, les pairs que par l'industrie pharmaceutique, remettraient en doute la liberté du patient dans son processus de consentement. C'est dans ce contexte que la *Commission de l'Éthique, de la Science et de la Technologie du Québec* tourne son regard vers l'environnement de l'individu pour avoir une compréhension de la « santé » des personnes qui serait mieux adaptée aux réalités :

« Trop insister sur l'autonomie et la responsabilité individuelle risque de faire oublier les "autres facteurs responsables de la santé d'un individu", dont l'environnement physique, le milieu social, les valeurs dominantes, de même que

²⁴⁵ ACPM, *Consentement*, 2016, préc. note 244.

²⁴⁶ BEAUCHAMP et CHILDRESS, 2001, préc., note 27, p. 63 ; *Code de déontologie des médecins*, préc., note 234, art. 29.

²⁴⁷ SAINT-ARNAUD, 1999, préc., note 194, p. 58.

²⁴⁸ Se référer à la Section 2.2 B) : Les interrogations à la source.

²⁴⁹ LAVALLÉE, 1993, préc., note 190, p. 37.

²⁵⁰ CEST, 2009, préc., note 6, p. 124.

les responsabilités des autres acteurs : gouvernement, entreprises, médias, groupes de pression, etc. »²⁵¹.

Somme toute, il se pourrait bien que l'autonomie du patient soit restreinte par toutes les pressions externes orientant sa réflexion. On constate ainsi que la société accorde une importance très limitée à la souffrance, aux malaises et aux remises en question individuelles : seul le bien-être sous toutes ses formes est valorisé pour atteindre un état de santé complet, faisant référence à la définition de l'OMS²⁵². Certains craignent donc que ces multiples pressions visant à « homogénéiser les comportements » ne conduisent à la prise régulière de médicaments psychotropes, tel que l'illustre le phénomène de la médicalisation du social²⁵³.

Comme nous l'avons abordé plus tôt, le milieu médical ferait la promotion de la maladie plutôt que celle de la santé, requérant du même coup multiples thérapies et traitements. Ceci s'observe particulièrement avec la timidité qui serait devenue « l'un des désordres les plus négligés de notre air », atteignant des « proportions pandémiques », et requérant de plus en plus de traitements aux antidépresseurs²⁵⁴. Mais ce faisant, « l'interpénétration toujours plus forte du médical dans le social, fragilise encore le mode autonome et rend encore plus évident et significatif le fait que la médicalisation est un phénomène politiquement et socialement construit »²⁵⁵. En fin de compte, l'autonomie de la personne en tant que valeur suprême serait atteinte par cette médicalisation du social qui ne s'attaquerait pas aux véritables sources du problème et qui ne rendrait pas le patient plus en santé, bien au contraire²⁵⁶.

Dans un contexte où prescrire un médicament pour régler les maux de l'âme est devenu pratique courante à travers ce phénomène de médicalisation, le médecin prend-il toujours le temps de bien évaluer les alternatives à ce traitement pharmacologique ? Il

²⁵¹ CEST, 2009, préc., note 6, p. 124.

²⁵² Définition de « santé » de l'OMS, se référer à la note 33.

²⁵³ CEST, 2009, préc., note 6, p. 124.

²⁵⁴ LANE, 2007, préc., note 178 : « A representative of the National Institute of Mental Health explains that excessive shyness is "one of the worst neglected disorders of our time." [...] We've scarcely begun to cure this underreported pandemic, they warn, insisting that even more people need to be on Paxil, Zoloft, or a comparable antidepressant. » ; SCHNEIER, 2003, préc., note 115.

²⁵⁵ ZAPPALÀ, 1997, préc., note 11, p. 183.

²⁵⁶ Alex BOOD, *Human enhancement*, Health Council of the Netherlands, Centre for Ethics and Health, La Haye (Pays-Bas), Mai 2003, p. 1-24.

est en effet reconnu que les omnipraticiens ont de la difficulté à poser un diagnostic d'anxiété ou de dépression et qu'ils éprouveraient un sentiment d'incertitude ou même d'impuissance devant des problèmes complexes de santé mentale, tels le trouble de l'anxiété sociale²⁵⁷. La prescription leur donnerait donc un sentiment d'agir concrètement sur la situation et de satisfaire aux attentes de leur clientèle. Afin de dresser un portrait global de la prescription médicamenteuse, il faut prendre en compte la grande complexité des facteurs en cause, telle la gestion du temps du médecin, le poids de la demande exprimée par le patient et la conservation d'une relation de confiance avec celui-ci. À ce titre, la pression de la demande exprimée par les patients constituerait le premier motif de la prescription pour 46 % des médecins interrogés lors d'une vaste enquête américaine²⁵⁸. Dans le cadre de la relation thérapeutique, le médicament incarnerait un outil concret de soulagement ou encore la preuve tangible d'un état de maladie. Le médecin serait dès lors essentiellement considéré comme un prescripteur, et à ses yeux, le médicament serait l'objet premier des attentes des patients lors de la consultation. C'est ce qui nous amène à affirmer que la médicalisation du social affecte les pratiques de prescription des médecins en axant le succès de la guérison sur une prise de médicaments.

En définitive, l'autonomie est un principe mis de l'avant par la bioéthique que tous les professionnels de la santé se doivent de prendre en considération pour préserver l'intégrité de leur patient. Un acte est autonome lorsqu'il est décidé de façon intentionnelle, qu'il est suffisamment compris par le sujet et qu'il est libre de toutes influences contrôlantes. Dans notre cas d'étude, dû au manque d'information disponible et aux pressions exercées de toutes parts, notamment avec le phénomène de la médicalisation du social, le consentement libre et éclairé du patient assurant son autonomie pourrait être affecté dans son choix de prendre un psychotrope pour vaincre sa timidité malade. Au surplus, l'avènement de plusieurs maladies modernes, tel le trouble de l'anxiété sociale, rend les médecins inconfortables avec le diagnostic et les

²⁵⁷ CEST, 2009, préc., note 6, p. 95.

²⁵⁸ R.K. SCHWARTZ, S.B. SOUMERAI, et J. AVORN, « Physician motivations for nonscientific drug prescribing », *Social Science and Medicine* (1989), vol. 28, pp. 577-582, dans CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE, *Le médicament comme objet social et culturel : recension des écrits et propositions sur les perspectives de travail à prioriser*, Gouvernement du Québec, responsable Johanne COLLIN, Université de Montréal, 2005, à la page 15.

solutions thérapeutiques associées, les encourageant à se tourner vers la prescription. Peu importe sa décision, le médecin devrait viser le bien-être de son patient, ce qui correspond à un autre principe bioéthique que nous analyserons : la bienfaisance.

B) Bienfaisance

L'éthique et la moralité requièrent non seulement que l'on reconnaisse au patient la plus grande autonomie possible dans ses choix et que l'on s'abstienne de lui faire du mal, mais que l'on contribue aussi à son bien-être en posant des actions positives : c'est ce qu'on appelle la bienfaisance²⁵⁹. L'obligation de promouvoir le bien-être du patient est fondamentale dans la relation qui existe entre le professionnel de la santé et le malade²⁶⁰. Le Serment d'Hippocrate des médecins était en effet originellement fondé sur ce précepte : « Je dirigerai le régime des malades à leur avantage, suivant mes forces et mon jugement, et je m'abstiendrai de tout mal et de toute injustice »²⁶¹. Découlant de cela, le *Rapport Belmont* reconnaît deux obligations distinctes au médecin : celle de « ne pas faire du mal » et l'autre d'« augmenter au maximum les avantages et réduire au minimum les torts »²⁶². Le principe de non-malfaisance est donc intimement lié à celui de la bienfaisance. On peut aussi constater que les buts médicaux à travers les époques ont tous visé le bien-être du malade, même s'ils ont évolué selon la conception de « maladie » et « santé ».

Le principe de bienfaisance fait donc appel à l'empathie, à la bonté et à l'altruisme, en promouvant ce qui est le plus avantageux pour le patient²⁶³. Durand fait également la distinction entre la bienfaisance qui consiste au « devoir de faire du bien au malade » et la bienveillance qui signifie « vouloir positivement du bien » à autrui²⁶⁴. Quoiqu'il en soit, le concept de bienfaisance est difficile à définir et à accepter, surtout

²⁵⁹ BEAUCHAMP et CHILDRESS, 2001, préc., note 27, p. 165.

²⁶⁰ THE HASTINGS CENTER, « Guidelines on the Termination of Life-Sustaining Treatment and the Care of the Dying », Bloomington and Indianapolis, *Indiana University Press* (1987), p. 19.

²⁶¹ Ludwig EDELSTEIN, *The Hippocratic Oath: Text, Translation and Interpretation, Supplement to the History of Medicine*, n° 1, The Johns Hopkins Press, Baltimore, 1943. [*Hippocratic Oath*, 1943]

²⁶² *Rapport Belmont*, 1982, préc., note 227.

²⁶³ UNIVERSITÉ D'OTTAWA, « Les principes éthiques fondamentaux », *La Société, l'Individu, et la Médecine*, en ligne : www.med.uottawa.ca/sim/data/Ethics_f.htm, consulté le 15 juin 2015. [UOTTAWA, *Les principes éthiques fondamentaux*]

²⁶⁴ DURAND, 1989, préc., note 189, p. 62.

dans les sociétés où l'on accorde une priorité aux droits individuels, comme c'est le cas aux États-Unis, car il est difficile de concevoir que les besoins du patient aient priorité sur ses droits et sa capacité de choisir par lui-même, ce que nous appelons l'autonomie²⁶⁵. Cependant, il ne faut pas voir cette « sensibilité du cœur » et ce « langage de sollicitude » comme étant du paternalisme²⁶⁶. Au contraire, l'obligation de bienfaisance appartient à la nature même de la tâche médicale. L'obligation de conférer des avantages, de prévenir et d'éliminer les préjudices et de soupeser et de balancer les effets bénéfiques d'une action contre ses coûts et inconvénients possibles sont donc au cœur de l'éthique médicale²⁶⁷. Par contre, il ne faut pas penser que le principe de bienfaisance est suffisamment large au point d'englober tous les autres principes ; c'est un principe parmi tant d'autres qu'il faut évaluer équitablement, comme c'est le cas pour le principe d'autonomie.

La bienfaisance rappelle surtout que le bien-être de l'utilisateur constitue à la fois l'objet et la finalité de la relation d'aide²⁶⁸. Beauchamp et Childress ont ainsi développé deux conceptions de la bienfaisance :

- 1- Principe de bienfaisance positive, soit promouvoir le bien-être de l'autre ;
- 2- Principe d'utilité ou de proportionnalité visant à équilibrer le bien à faire et le mal à prévenir.²⁶⁹

Selon ces mêmes auteurs, le principe de proportionnalité nous amène à balancer les coûts, risques et bénéfices d'un traitement médical envisagé afin d'en arriver au résultat le plus concluant pour le patient. En tant que tel, les coûts sont des ressources nécessaires pour produire un bénéfice, ainsi que les effets négatifs pour la réalisation de celui-ci. Ils représentent les sacrifices que l'on doit faire pour l'atteinte de notre objectif. Les risques, autant physiques, psychologiques, financiers ou légaux, réfèrent à un possible préjudice futur, représentant le revers de la médaille des intérêts. Et pour sa part, le bénéfice réfère à un évitement des coûts et une réduction du risque, mais également à une valeur positive comme la vie ou la santé. Nous tenterons donc d'évaluer

²⁶⁵ DOUCET, 1996, préc., note 202, p. 81.

²⁶⁶ *Id.*, p. 83.

²⁶⁷ BEAUCHAMP et CHILDRESS, 2001, préc., note 27, p. 166.

²⁶⁸ COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE, 2001, préc., note 229.

²⁶⁹ BEAUCHAMP et CHILDRESS, 2001, préc., note 27, p. 165.

ces trois composantes de ce principe de proportionnalité pour pouvoir atteindre un niveau satisfaisant de bienfaisance dans le contexte de la prise d'antidépresseur pour diminuer les symptômes du trouble de l'anxiété sociale.

En premier lieu, les bénéfices évoqués par la consommation de médicament comme le Paxil seraient : une diminution de l'anxiété et une augmentation des contacts et comportements sociaux positifs²⁷⁰. Cependant, comme nous l'avons vu auparavant, le Paxil ne guérit pas le trouble de l'anxiété sociale ; il a plutôt pour effet de masquer les symptômes invalidants d'anxiété²⁷¹. Sans compter que le fait de masquer les symptômes d'anxiété peut donner au patient l'illusion d'être guéri, ne le rendant pas plus en « santé » et ne l'encourageant pas à faire appel aux thérapies comportementales pouvant régler son problème à plus long terme. Cette médication neurologique emporte aussi son lot d'effets secondaires, que l'on peut qualifier de coûts ou sacrifices associés au traitement²⁷². Sans compter que plusieurs risques sont associés à la consommation de psychotrope en général. Enfin, les incertitudes quant aux effets du Paxil, mentionnées plus haut, sont également un coût à prendre en compte²⁷³.

De plus, tel qu'élaboré précédemment, la prise de Paxil comporte le danger d'une perte d'identité, de dissonance avec soi et d'une altération de la force des liens relationnels et affectifs ; ceci provoquerait une perte du spectre des émotions potentiellement irréversible²⁷⁴. Par ailleurs, la menace au bien-être la plus inquiétante de toute demeure le risque accru de suicide chez les patients, mais spécialement chez les enfants et jeunes adultes²⁷⁵. Il faut garder en tête par contre que ces divers dangers ne peuvent se prédire avec exactitude, car le cerveau de chaque patient est unique et ses réseaux de connexions neuronales varient dans le temps²⁷⁶.

²⁷⁰ NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE, *Prescription Drugs, Abuse and Addiction*, 2005.

²⁷¹ Se référer à la Section 2.2 A) : La biologie derrière le médicament.

²⁷² Se référer aussi à la Section 2.2 B) : Les interrogations à la source, pour tous les effets indésirables des antidépresseurs ISRS.

²⁷³ *Id.*

²⁷⁴ *Id.*

²⁷⁵ U.S. FDA, préc., note 175.

²⁷⁶ CEST, 2009, préc., note 6, p. 112.

Compte tenu de tous les effets pervers du Paxil, le médecin ne peut pas uniquement s'en remettre au choix du patient dans son désir de prendre un médicament pour régler son problème de timidité. La prise de psychotrope dans ce contexte contribuerait-elle vraiment à la « santé » du patient ou serait-ce plutôt une contribution au phénomène de la médicalisation du social ? Comment le médecin peut-il dénouer l'impasse entre autonomie et bienfaisance ? Les auteurs de *Principles of Biomedical Ethics* expriment ce conflit comme suit :

*« Whether respect for the autonomy of patients should have priority over professional beneficence directed at those patients is a central problem in biomedical ethics. Proponents of autonomy rights for the patients, the physician's obligations to the patient disclosure, seeking consent, confidentiality, and privacy are established primarily (and perhaps exclusively) by the principle of respect for autonomy. Others ground such obligations on the professional's obligatory beneficence. For them, the physician's primary obligation is to act for the patient's medical benefit, not to encourage autonomous decision-making. »*²⁷⁷

Ces points de vue antinomiques nous démontrent à quel point il existe une « tension fondamentale », des « dilemmes permanents » et une opposition entre l'autonomie définie par l'autodétermination et la bienfaisance caractérisée comme mouvement de bienveillance vers l'autre²⁷⁸. Trouver ce qui est « le plus avantageux » pour le patient est propre à chaque situation et repose sur l'expertise du professionnel et sur ce que désire le patient²⁷⁹. Il faut savoir apprécier le plus équitablement possible le jugement médical se confrontant au jugement du patient qui a le droit d'avoir une vision indépendante sur son traitement médical²⁸⁰.

Le droit en tant que mode principal de régulation des comportements en société offrait des pistes de solution à ce problème, guidant ainsi le médecin dans la décision de prescrire ou non du Paxil au patient aux prises avec un trouble d'anxiété sociale. Ainsi, dans le prochain et dernier chapitre, nous proposons à cet égard une analyse du cadre juridique et normatif pertinent s'appliquant aux médecins québécois dans la prescription de psychotropes.

²⁷⁷ BEAUCHAMP et CHILDRESS, 2001, préc., note 27, p. 176.

²⁷⁸ DOUCET, 1996, préc., note 202, p. 81, 84.

²⁷⁹ UOTTAWA, *Les principes éthiques fondamentaux*, préc., note 263.

²⁸⁰ BEAUCHAMP et CHILDRESS, 2001, préc., note 27, p. 176.

CHAPITRE 4 – L’ENCADREMENT LÉGAL FACE À LA MÉDICALISATION DU SOCIAL

Dans ce chapitre, il s’agira de s’interroger sur la manière dont le droit contribue à protéger le patient contre la médicalisation du social, plus précisément en guidant le médecin dans son intervention auprès d’un patient présentant des signes de trouble de l’anxiété sociale. Il importe de noter que la « santé » ne fait pas l’objet d’une attribution constitutionnelle spécifique au Canada²⁸¹; elle constitue plutôt un sujet indéterminé que les législateurs fédéral ou provinciaux peuvent aborder selon leurs compétences respectives²⁸². Il est cependant reconnu que les provinces ont la responsabilité de la prestation directe de la plupart des services médicaux, de la formation des médecins et de nombreuses fonctions connexes²⁸³. C’est pourquoi nous nous concentrerons sur le droit québécois guidant le médecin dans sa pratique médicale face à la timidité pour les fins de notre essai.

Dans une première section, nous évaluerons les normes législatives encadrant le médecin dans l’exercice de sa profession, plus précisément eu égard à l’évaluation du trouble de l’anxiété sociale à travers la pose d’un diagnostic et d’un traitement proposé pour traiter les patients. Ensuite, afin de venir compléter le droit dur, un guide pratique et une politique gouvernementale seront analysés, assurant un encadrement normatif plus souple pour aider le médecin à gérer son dilemme éthique de prescription de la pratique du médecin. Dans une seconde section, nous exposerons certaines solutions alternatives au droit afin de protéger le patient contre la médicalisation du social dans le contexte des traitements contre le trouble de l’anxiété sociale.

SECTION 4.1 – L’encadrement normatif de la pratique médicale

Le législateur offre-il des balises adéquates que doivent respecter le médecin pour traiter les patients atteints du trouble de l’anxiété sociale et ainsi les protéger contre les effets néfastes de la médicalisation du social ? Cette question nous mène à examiner

²⁸¹ *Loi constitutionnelle de 1867* (R-U), 30 & 31 Victoria, c. 3, art. 91 et 92.

²⁸² *Schneider c. la Reine* [1982] 2 R.C.S. 112 à 142 ; BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT, *Le rôle fédéral dans le domaine de la santé et des soins de santé*, préparé par Marlisa TIEDMANN, Service d’information et de recherche parlementaires, Publication N° 2008-58-F, révisé le 20 octobre 2008.

²⁸³ *Id.*, BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT.

la *Loi médicale*²⁸⁴ et le *Code de déontologie des médecins*²⁸⁵ qui regroupent des normes guidant les médecins dans leur pratique, plus spécifiquement quant à la pose du diagnostic et au traitement à choisir pour un patient ressentant des symptômes d'anxiété. Notons que plusieurs autres lois et règlements au Québec abordent la question de la santé, mais sans offrir de balises à la pratique médicale²⁸⁶. Ainsi, par exemple, nous n'examinerons pas la *Loi sur les services de Santé et les Services sociaux*, qui présente le régime de services de santé à travers les obligations des établissements de santé et les droits des usagers, sans viser spécifiquement les médecins dans leur pratique²⁸⁷.

Ensuite, le droit souple s'avère également utile pour guider le médecin à travers son dilemme éthique de prescription opposant autonomie du patient et bienfaisance. Nous présenterons donc un guide pratique dans la gestion des troubles anxieux, ainsi qu'une politique gouvernementale pour un usage optimal des médicaments.

A) La *Loi médicale*

La *Loi médicale* définit et encadre l'exercice de la médecine au Québec et donne au médecin le pouvoir de prescrire des médicaments, comme le Paxil. C'est également dans cette loi qu'est créé l'ordre professionnel des médecins, soit le *Collège des médecins du Québec*, en y précisant son fonctionnement, son administration et son organisation²⁸⁸. Aussi, cette loi spécifie les critères pour exercer la profession de médecin au Québec à travers notamment la délivrance d'un permis d'exercice²⁸⁹. L'exercice de la médecine y est défini comme suit :

« L'exercice de la médecine consiste à évaluer et à diagnostiquer toute déficience de la santé chez l'être humain en interaction avec son environnement, à prévenir et à traiter les maladies dans le but de maintenir la santé, de la rétablir ou d'offrir le soulagement approprié des symptômes ». ²⁹⁰
[nos soulignés]

²⁸⁴ *Loi médicale*, L.R.Q., c. M-9, art. 2. [*Loi médicale*]

²⁸⁵ *Code de déontologie des médecins*, préc., note 234.

²⁸⁶ Près de 150 lois et règlements au Québec possède le terme « santé » dans leur titre : www.canlii.org/fr/qc/#search/type=legislation&jld=qc&id=santé&origJld=qc.

²⁸⁷ *Loi sur les services de Santé et les Services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2. [LSSSS]

²⁸⁸ *Id.*, Section II – l'Ordre des médecins du Québec, Section III – Conseil d'administration, Section IV – Secrétaire de l'Ordre ;

²⁸⁹ *Id.*, art. 33, 34, 35 et 37.

²⁹⁰ *Loi médicale*, préc., note 284, art. 31.

Cet énoncé reflète la conception de la maladie abordée précédemment en tant qu'altération de la santé que l'on doit traiter afin d'atteindre un état de complet bien-être physique, mental et social²⁹¹. On y précise également que la médecine permet d'offrir un soulagement des symptômes, dans les cas où la guérison à proprement dite serait impossible. Il s'agit donc ici de l'expression législative de la « mission » de la médecine, de sa visée fondamentale : l'évaluation, la prévention, le traitement et le soulagement des altérations de la santé. Par contre, cette disposition ne traite pas spécifiquement de la santé mentale et n'apporte donc pas de précision quant à la problématique de la médicalisation du social. Par analogie, dans le contexte des troubles anxieux, la mission du médecin est donc d'évaluer le patient, de le diagnostiquer, de le traiter pour maintenir ou rétablir sa santé ou encore de soulager ses symptômes.

Cette loi médicale détermine par la suite les moyens pour accomplir cette mission, c'est-à-dire les activités spécifiques réservées au médecin pour notamment diagnostiquer les maladies, déterminer le traitement médical adéquat et prescrire les médicaments et autres traitements²⁹². Par contre, il y a très peu de précisions apportées dans cette loi quant à la méthode d'application de ces activités réservées. Les seules précisions quant à la prescription des médicaments par les médecins sont les suivantes :

« 38. Tout médecin est autorisé à utiliser les médicaments, les substances et les appareils dont il peut avoir besoin dans l'exercice de sa profession, de même qu'à administrer et prescrire des médicaments à ses patients. »

« 40. Il est interdit au médecin de prescrire, d'administrer ou de fournir des médicaments dont il refuse de révéler au Conseil d'administration la composition qualitative ou quantitative exacte, ou encore qu'il refuse de soumettre aux analyses requises par le Conseil d'administration. »²⁹³

Quoique ces dispositions précisent quelque peu l'activité de prescription réservée aux médecins, elles ne guident pas le médecin dans sa prise de décision comme telle, encore moins en ce qui concerne les problèmes spécifiques affectant la santé mentale. Pour pallier à ce manque, plusieurs règlements découlent directement de cette loi,

²⁹¹ Se référer à la Section 1.1 - La santé et la maladie : des notions évolutives.

²⁹² *Loi médicale*, préc., note 284, art. 31.

²⁹³ *Id.*, art. 38 et 40.

offrant un spectre réglementaire plus entier²⁹⁴. Par contre, peu de ces règlements concernent directement l'évaluation des maladies et la prescription de médicaments. En sus du règlement qui précise notamment qu'il est interdit pour un pharmacien de prescrire un antidépresseur²⁹⁵, il existe un règlement très technique sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin, devant contenir par exemple le nom intégral du médicament, la posologie, la voie d'administration et la durée du traitement prescrit²⁹⁶. Aucune autre précision n'est apportée dans ce règlement sur les raisons ou les façons de prescrire un médicament, qu'il ait des effets ou non sur la biochimie du cerveau. Le règlement le plus pertinent et central à notre analyse est donc le *Code de déontologie des médecins*²⁹⁷ qui offre un encadrement spécifique du comportement des médecins et qui garantit une pratique de la médecine uniforme dans toute la province.

B) Le Code de déontologie des médecins et ses applications

Le *Code de déontologie des médecins* (ci-après le « Code »), découlant à la fois de la *Loi médicale* et du *Code des professions*²⁹⁸, est un des règlements indispensables à la profession de médecin en y déterminant les devoirs et obligations auxquels doit se soumettre tout membre du *Collège des médecins du Québec* avec compétence, intégrité et loyauté²⁹⁹. Les médecins doivent ainsi se conformer à des obligations d'ordre général et certaines plus particulières, sans qu'ils ne puissent s'en soustraire³⁰⁰; certaines d'entre elles se démarquent quant à leur pertinence relativement à la problématique sous étude.

Tout d'abord, les devoirs généraux du médecin lui demandent d'adopter une conduite irréprochable envers son patient dans l'exercice de sa profession, que ce soit sur le plan physique, mental ou affectif³⁰¹. D'ailleurs, il a le devoir primordial de protéger et de promouvoir la santé et le bien-être des individus qu'il sert, tant sur le plan individuel

²⁹⁴ Plus précisément, 38 règlements découlent de la *Loi médicale* : www.Canlii.org.

²⁹⁵ *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par un pharmacien*, R.R.Q., c. M-9, r. 12.2.

²⁹⁶ *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin*, R.R.Q., c. M-9, r. 25.1, art. 4 et 9.

²⁹⁷ *Code de déontologie des médecins*, préc., note 234.

²⁹⁸ *Code des professions*, L.R.Q., c. C-26.

²⁹⁹ *Code de déontologie des médecins*, préc., note 234, art. 5.

³⁰⁰ *Id.*, art. 1 et 2.

³⁰¹ *Id.*, art. 16 et 17.

que collectif³⁰². Nous comprenons ici que le terme « santé » englobe la santé mentale et le bien-être psychologique des individus. En exerçant sa profession dans le respect de la vie, de la dignité et de la liberté de la personne, le médecin doit également exercer sa profession selon des principes scientifiques reconnus³⁰³. Dans le contexte de la santé mentale, le médecin doit donc être constamment au fait des maladies modernes reconnues avec leurs traitements respectifs, comme c'est le cas du Paxil traitant le trouble de l'anxiété sociale. Le médecin doit ensuite utiliser judicieusement les ressources consacrées aux soins de santé pour le bénéfice de son patient³⁰⁴, en tout respect du principe de bienfaisance précédemment exposé.

Par ailleurs, la doctrine reconnaît que les devoirs particuliers du médecin envers le patient, le public et la profession s'articulent autour de quatre pôles³⁰⁵ :

- 1- L'obligation d'établir un diagnostic défini comme « la détermination de la nature d'une maladie, d'après les renseignements donnés par le malade, l'étude de ses signes et symptômes, les résultats des épreuves de laboratoire »³⁰⁶;
- 2- L'obligation de renseignement, soit d'informer le patient sur la nature, les risques et le déroulement du traitement afin d'obtenir son consentement libre et éclairé³⁰⁷;
- 3- L'obligation de traitement, soit de prodiguer un traitement approprié auquel il doit apporter un suivi consciencieux;
- 4- L'obligation de confidentialité où le médecin est tenu au secret professionnel³⁰⁸. [nos soulignés]

Nous nous concentrerons plus amplement sur les obligations relatives au diagnostic et au traitement, en abordant au passage l'obligation de renseignement en vue d'obtenir un consentement libre et éclairé du patient.

³⁰² *Code de déontologie des médecins*, préc., note 234, art. 3.

³⁰³ *Id.*, art. 4 et 6.

³⁰⁴ *Id.*, art. 12.

³⁰⁵ Patrice DESLAURIERS et Emmanuel PRÉVILLE-RATELLE, « La responsabilité médicale et hospitalière », dans Collection de droit 2016-17, École du Barreau du Québec, vol. 4, *Responsabilité*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2016, p. 143. [DESLAURIERS, *Responsabilité médicale et hospitalière*, 2016]

³⁰⁶ L. MANUILA, A. MANUILA et M. NICOLIN, *Dictionnaire médical*, 5e éd., Paris, Masson, 1992, p. 121.

³⁰⁷ *Code de déontologie des médecins*, préc., note 234, art. 28 et 29.

³⁰⁸ *Id.*, art. 20 et 21.

B.1) Diagnostic

Le diagnostic est la « pierre angulaire » de l'acte médical³⁰⁹, étant la première étape que doit accomplir le médecin dans l'exécution de son obligation de soigner, reconnue aux médecins par la doctrine et la jurisprudence³¹⁰. En effet, c'est le diagnostic du médecin qui déterminera quel traitement sera entrepris et, comme les autres obligations du médecin, la contravention à son obligation en matière de diagnostic peut engager sa responsabilité³¹¹. L'établissement d'un diagnostic véridique et fondé est donc la première protection contre la médicalisation du social, imposant au médecin de prescrire un psychotrope uniquement pour traiter une maladie reconnue et non n'importe quelles difficultés de l'existence. Nous allons donc énoncer les critères déontologiques du médecin, avec certaines applications jurisprudentielles et doctrinales, de la pose d'un diagnostic en tant qu'activité réservée du médecin.

En pratique, l'exercice de la démarche diagnostique est codifié au Code, reprenant les principes élaborés et appliqués par la jurisprudence³¹² :

« 46. Le médecin doit élaborer son diagnostic avec la plus grande attention, en utilisant les méthodes scientifiques les plus appropriées et, si nécessaire, en recourant aux conseils les plus éclairés. »³¹³ [nos soulignés]

Pour les juristes,

« le diagnostic est l'opinion donnée par le médecin sur l'état de son patient à la suite des révélations faites par ce dernier, des tests médicaux que celui-ci a pu subir et des propres observations du professionnel ».³¹⁴

Cette démarche diagnostique se décortique donc en trois étapes principales où il faut analyser le comportement du médecin afin de déterminer s'il s'est conformé ou non aux règles de l'art :

³⁰⁹ Jean-François LEMAIRE et Jean-Luc JOUBERT, « La responsabilité médicale », dans *Que sais-je ?*, Presses Universitaires de France (1985), p. 87.

³¹⁰ Jean-Pierre MÉNARD, « L'erreur de diagnostic : fautive ou non fautive », dans *Développements récents en responsabilité médicale et hospitalière, Service de la formation permanente du Barreau du Québec*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2005, p. 259. [MÉNARD, *L'erreur de diagnostic*, 2005]

³¹¹ *Id.*

³¹² Entre autres : *St-Jean c. Mercier*, [2002] 1 R.C.S. 491 ; *E.S. c. Ferenczy*, 2012 QCCS 1988 ; *Benhaim c. St-Germain*, 2016 CSC 48.

³¹³ *Code de déontologie des médecins*, préc., note 234, art. 46.

³¹⁴ Jean-Louis BAUDOUIN et Patrice DESLAURIERS, *La responsabilité civile*, 6 éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2003, p. 1026-1027.

1. La collecte des données pertinentes sur le patient : son histoire³¹⁵, un examen physique ou mental et la prescription de tests et consultations appropriés ;
2. L'interprétation des données recueillies : l'élaboration des hypothèses diagnostiques ;
3. Le contrôle de son diagnostic, soit le suivi du patient et sa réponse au traitement.³¹⁶

Notons que malgré toute l'attention que le médecin doit porter à son patient, la Cour suprême nous enseigne que « les médecins ont une obligation de moyen et leur conduite doit être évaluée par rapport à la conduite d'un médecin prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances »³¹⁷. Donc, lorsqu'un médecin pose son jugement médical, il doit prendre les précautions raisonnables et nécessaires et utiliser les techniques adéquates afin de déterminer de manière consciencieuse quels sont les problèmes de santé de son patient³¹⁸.

Afin de respecter l'obligation d'établir un diagnostic tel qu'énoncé dans son Code, le médecin doit recourir, au besoin, à des conseils de ses collègues plus spécialisés ou expérimentés en la matière³¹⁹. Le professionnel de la santé doit donc tenir compte de ses capacités et limites ainsi que des moyens dont il dispose et doit, si l'intérêt du patient l'exige, consulter un confrère ou toute autre personne compétente ou sinon le diriger vers l'une de ces personnes³²⁰. Le médecin a également l'obligation déontologique de collaborer avec les autres professionnels de la santé, pour rendre un service de la plus haute qualité possible au patient³²¹. Lorsque le cas le justifie, le défaut du médecin de référer son patient en spécialité ou de ne pas consulter un spécialiste peut ainsi entraîner

³¹⁵ MÉNARD, *L'erreur de diagnostic*, 2005, préc., note 310, p. 268-269 : L'histoire du patient inclus la raison de consultation, l'histoire de la maladie actuelle, les antécédents personnels du patient, les antécédents familiaux, les habitudes de vie, les allergies, la médication, la revue des systèmes et toute autre information pertinente.

³¹⁶ MÉNARD, *L'erreur de diagnostic*, 2005, préc., note 310, p. 265-266.

³¹⁷ *Lapointe c. Hôpital Le Gardeur*, [1992] 1 R.C.S. 351.

³¹⁸ DESLAURIERS, *Responsabilité médicale et hospitalière*, 2016, préc., note 305, à la note 71 : Voir généralement, sur le sujet : *Émond c. Benhaim*, 2011 QCCS 4755, *Thivierge c. Gouriou*, 2011 QCCQ 340, *B. (R.) c. Centre de santé et de services sociaux de la Baie-James*, 2011 QCCQ 8488.

³¹⁹ *Code de déontologie des médecins*, préc., note 234, art. 46.

³²⁰ *Id.*, art. 42.

³²¹ *Id.*, art. 112.1 ; En janvier 2015, le législateur a codifié cette nouvelle obligation du médecin à la collaboration dans COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *Modifications au Code de déontologie des médecins – Guide explicatif*, Janvier 2015, p. 15, en ligne : www.cmq.org/publications-pdf/p-6-2015-01-07-fr-modifications-au-code-de-deontologie-des-medecins-guide-explicatif.pdf.

sa responsabilité³²².

Dans le cas qui nous préoccupe, le médecin doit donc respecter toutes ces obligations déontologiques afin de poser un diagnostic avec la plus grande attention à une personne le consultant pour ses problèmes de timidité. En passant par la collecte de données sur le patient et leur interprétation afin de poser un diagnostic, le médecin doit se fier aux principes scientifiques établis et aux normes médicales actuelles les plus élevées possibles, notamment en se fiant aux critères définis par le DSM-V sur le trouble de l'anxiété sociale³²³. En plus d'établir un diagnostic principal, le médecin doit établir un ou plusieurs diagnostics différentiels³²⁴. L'établissement d'un diagnostic différentiel est l'élaboration d'une liste des problèmes possibles pouvant être à l'origine des signes et symptômes chez un patient³²⁵. Cette étape constitue une partie importante du raisonnement clinique en permettant de procéder à des investigations appropriées visant à écarter des possibilités et à confirmer un diagnostic définitif³²⁶. Selon l'évolution de l'état du patient, le diagnostic différentiel peut devenir le diagnostic principal ou encore, s'éliminer lorsque le diagnostic principal se confirme³²⁷. Les tribunaux considèrent que la formulation et la documentation d'un diagnostic différentiel constitue une preuve de la compétence, de la prudence et du caractère réfléchi d'un médecin³²⁸. Également, les tribunaux peuvent sévir contre le médecin lors d'un manque au niveau du diagnostic différentiel qui irait à l'encontre de l'article 46 de son Code³²⁹.

Que ce soit pour l'élaboration ou le suivi de ce diagnostic, l'omnipraticien devrait se faire épauler par des collègues si cela s'avère nécessaire. N'étant pas spécialisé en santé mentale et se retrouvant face à des patients désirant guérir leur

³²² *St-Hilaire c. S.*, [1966] C.S. 249 ; *Vail c. MacDonald*, [1976] 2 R.C.S. 825 ; *Montpetit c. Léger*, [2000] R.J.Q. 2582 (C.S.).

³²³ *Code de déontologie des médecins*, préc., note 234, art. 6 et 44. Se référer à la Section 2.1 – Le trouble de l'anxiété sociale.

³²⁴ MÉNARD, *L'erreur de diagnostic*, 2005, préc., note 310, p. 293.

³²⁵ ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, *Le processus du diagnostic - Diagnostic différentiel*, « Guide des bonnes pratiques », en ligne : www.cmpa-acpm.ca, consulté le 16 juin 2016. Le « Guide des bonnes pratiques » de l'ACPM a été élaboré à l'intention des étudiants en médecine et de leurs professeurs. [ACPM, *Diagnostic différentiel*]

³²⁶ *Id.*

³²⁷ MÉNARD, *L'erreur de diagnostic*, 2005, préc., note 310, p. 293.

³²⁸ ACPM, *Diagnostic différentiel*, préc., note 325.

³²⁹ Voir par exemple : *Médecins (Ordre professionnel des) c. Mailloux*, 2009 CanLII 60800 (QC CDCM).

timidité, le médecin généraliste devrait donc avoir le réflexe de consulter un collègue spécialiste ou même de le référer, dès qu'il a un doute quant à la pose de son diagnostic et au traitement à fournir³³⁰. Notons que les omnipraticiens sont une porte d'entrée à l'accès aux soins primaires permettant la coordination des soins aux autres professionnels de la santé mentale offrant des services psychosociaux et spécialisés³³¹. De cette façon, cette pratique de consultation, de référencement et de coordination pourrait ainsi mieux servir le patient dans le diagnostic et le traitement des troubles anxieux.

Il est donc possible d'avancer que ces dispositions déontologiques poussent le médecin à fournir une opinion médicale de la plus haute qualité possible, protégeant ainsi le patient contre un diagnostic du trouble de l'anxiété sociale fait de façon intempestive, sans preuve scientifique ou encore sans révision ni confirmation d'un confrère au besoin. Ceci dit, le dilemme éthique de la prescription prend naissance suite à la pose de ce diagnostic au patient affecté par sa timidité.

B.2) Traitement

Le dilemme éthique entourant la prescription de Paxil surgit une fois le diagnostic du trouble de l'anxiété sociale défini, lorsque le médecin se retrouve devant le choix du traitement de son patient. Entre le désir du patient de se débarrasser de sa timidité et la puissance bien connue des psychotropes, le médecin doit faire son choix en conciliant autonomie du patient et bienfaisance. À cet égard, nous avons repéré certaines dispositions déontologiques qui guident le médecin dans cette prise de décision.

Avant tout, le médecin a l'obligation de « s'abstenir de garantir, expressément ou implicitement, l'efficacité [...] d'un traitement ou la guérison d'une maladie »³³². Rappelons que le médecin n'a en effet qu'une obligation de moyen envers les souffrances de son patient et ne peut jamais garantir les résultats d'un traitement

³³⁰ Se référer aux notes 257 et 258 pour la difficulté des omnipraticiens à poser un diagnostic en santé mentale.

³³¹ COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*, rédigé par Marie-Josée FLEURY et Guy GRENIER, Gouvernement du Québec, 2012, p. 183. [CSBE, 2012]

³³² *Code de déontologie des médecins*, préc., note 234, art. 83.

entrepris³³³. Ceci dit, deux dispositions du Code nous apparaissent particulièrement éclairantes quant au traitement à fournir au patient, surtout dans le contexte des troubles anxieux :

« 50. Le médecin ne doit fournir un soin ou émettre une ordonnance que si ceux-ci sont médicalement nécessaires. »³³⁴

« 51. Le médecin doit s'abstenir de fournir, prescrire ou permettre d'obtenir, en l'absence de pathologie ou sans raison médicale suffisante, des substances psychotropes, incluant l'alcool, ou toute autre substance produisant des effets analogues, de même que toute substance visant à améliorer la performance. »³³⁵ [nos soulignés]

Mentionnons au passage que la jurisprudence et la doctrine ne nous éclairent pas davantage sur l'application des articles 50 et 51 du Code en lien avec la problématique en cause. En effet, même si les juges ont été appelés à analyser à plusieurs reprises le comportement des médecins en contravention à ces articles, aucun jugement n'éclaire le médecin dans sa démarche thérapeutique face au trouble de l'anxiété sociale³³⁶. Pareillement, il n'y a aucune interprétation doctrinale pertinente de ces articles quant aux termes « médicalement nécessaire » et « sans raison médicale suffisante »³³⁷. Même si

³³³ Lapointe c. Hôpital Le Gardeur, préc., note 316.

³³⁴ Code de déontologie des médecins, préc., note 234, art. 50.

³³⁵ Id., art. 51.

³³⁶ Il existe environ une soixantaine de décisions (56 décisions rendues sur l'article 50 et 12 décisions rendues sur l'article 51, dont 11 décisions communes aux deux articles) où le médecin a été poursuivi en contravention à son *Code de déontologie*, toutes rendues en première instance par le Conseil de discipline du Collège des médecins, certaines en appel devant le Tribunal des professions et plus rarement devant la Cour supérieure en révision judiciaire et en appel de cette décision à la Cour d'appel (www.Canlii.org). Le syndic de l'Ordre professionnel des médecins est toujours la partie plaignante de ces poursuites où il y a évaluation des plaintes disciplinaires comportant des chefs d'infraction déposées contre des médecins dans leur pratique médicale, le tout en conformité à la Section VII du *Code des professions* (Discipline, appel et publicité des décisions), aux articles 115.1 et s. Les sanctions appliquées au médecin contrevenant vont d'une simple réprimande à une amende de plusieurs milliers de dollars, jusqu'à une limitation permanente pour certaines prescriptions de médicaments, ou même une radiation temporaire ou permanente de l'Ordre, le tout en conformité avec l'article 156 du *Code des professions* appliqué par la jurisprudence notamment : 2008 QCTP 90 [*Leduc*, 2008 QCTP 90], en appel d'une décision du Comité de discipline Collège des médecins, *Médecins (Ordre professionnel des) c. Leduc*, 2006 CanLII 71502 (QC CDCM), *Médecins (Ordre professionnel des) c. Mailloux*, 2012 CanLII 5172 (QC CDCM), *Pomerleau c. Médecins (Ordre professionnel des)*, 2015 QCTP 33, *Néron c. Médecins (Ordre professionnel des)*, 2015 QCTP 31, *Médecins (Ordre professionnel des) c. Cyr*, 2016 CanLII 41780 (QC CDCM), *Médecins (Ordre professionnel des) c. Courchesne*, 2016 CanLII 46763 (QC CDCM), *Leduc c. Médecins (Ordre professionnel des)*.

³³⁷ Aucune doctrine sur l'article 51 et une seule doctrine interprétant les termes « médicalement nécessaire » en lien avec l'article 50 du *Code de déontologie des médecins* se faisant dans un contexte de consentement à des soins pour autrui lorsque le patient est inconscient : Hélène GUAY, « Consentement

l'interprétation des juristes n'apporte que très peu de précisions quant aux dispositions législatives précédentes, le libellé de ces dernières nous apparaît suffisant pour faire notre analyse.

Tout d'abord, il est intéressant de constater que l'article 51 encadre spécifiquement la prescription de traitements en matière de santé mentale, s'attardant notamment aux « substances psychotropes », qui ont, comme nous l'avons vu, un effet sur l'équilibre biochimique du cerveau pour traiter de multiples dysfonctions³³⁸. Le *Code de déontologie des médecins* inclut dans la définition de « substances psychotropes » l'alcool, toute autre substance affectant les fonctions cognitives, ainsi que les substances amélioratives comme les *Lifestyle drugs* abordés plus haut³³⁹. Le Paxil en tant qu'antidépresseur ISRS modifiant le taux de sérotonine dans le cerveau des patients entre donc dans cette catégorie de substances psychotropes³⁴⁰. Selon l'article 51, le médecin ne doit prescrire des psychotropes 1) qu'en présence d'une pathologie et, 2) qu'avec une raison médicale suffisante.

La présence d'une « pathologie » à l'article 51 du Code fait référence au diagnostic établi par le médecin selon les critères déontologiques précédemment énoncés³⁴¹. La ligne peut être mince entre la simple timidité en tant que trait de personnalité et un trouble anxieux se révélant dans un contexte social justifiant une prise en charge médicamenteuse. C'est pourquoi le médecin doit élaborer son diagnostic avec le plus grand souci de qualité et d'exactitude. Le premier critère serait donc rempli si le médecin pose une hypothèse diagnostique de façon prudente et diligente suite à l'histoire du patient en se fiant aux symptômes établis dans le DSM-V quant au trouble de l'anxiété sociale. Par contre, rappelons que les notions de santé et de maladie sont évolutives en fonction de l'acceptation sociale, ce qui crée un constant avènement pour

aux soins : revue de la notion d'intérêt de l'article 12 du Code civil du Québec », dans *Développements récents - La protection des personnes vulnérables*, vol. 409, *Service de la formation continue du Barreau du Québec*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2016 [GUAY, *Consentement aux soins*, 2016]. Par ailleurs, il n'y a aucun résultat de recherche jurisprudentiel et doctrinal pertinent pour les termes « médicalisation » et « médicalisation du social » en lien avec les obligations déontologiques du médecin.

³³⁸ Se référer à la Section 2.2 A) – La biologie derrière le médicament.

³³⁹ Se référer à la note 10 dans la partie Introduction de notre essai sur la médecine améliorative et les *Lifestyle drugs*.

³⁴⁰ Se référer à la Section 2.2 A) – La biologie derrière le médicament.

³⁴¹ Se référer à la Section 4.1 B).1 – Diagnostic.

de nouveaux diagnostics de maladies³⁴².

En revanche, en fonction du Code, la présence d'une pathologie ne serait pas à elle seule suffisante pour qu'un médecin prescrive un psychotrope; il faut qu'il y ait une raison *médicale* suffisante pour que cette ordonnance soit *médicalement* requise et nécessaire. Nous pouvons donc transposer ces deux dispositions déontologiques sous forme de questions que devrait se poser le médecin avant de prescrire un psychotrope :

- 1) est-ce que le patient timide est effectivement atteint du trouble de l'anxiété sociale ? ;
- 2) est-ce que ce patient est suffisamment atteint pour rendre nécessaire une ordonnance médicale ?

Dans le contexte du dilemme éthique précédemment exposé, l'autonomie du patient se retrouve codifiée aux articles 28 et 29 du Code où il est stipulé que le médecin doit obtenir le consentement libre et éclairé du patient avant d'entreprendre tout traitement³⁴³. Le médecin doit donc faciliter et respecter la prise de décision de son patient quant au choix de traitement contre sa timidité malative, en s'assurant qu'elle ait été prise sans pression externe, ce qui n'est pas toujours le cas³⁴⁴. Par contre, ce respect à l'autodétermination du patient n'est pas absolu; il doit être concilié avec le devoir primordial du médecin de protéger la santé de son patient en tant que principe de bienfaisance codifié à l'article 3 du Code³⁴⁵. En effet, peu importe les désirs du patient anxieux, le médecin doit refuser sa collaboration à tout acte médical qui irait à l'encontre de son intérêt, du point de vue de la santé du patient³⁴⁶. Le médecin doit trouver le traitement le plus avantageux pour son patient, en balançant les bénéfices avec les risques et les coûts d'un tel traitement, en tenant compte que le Paxil comporte des effets secondaires non négligeables, comme une possible perte identitaire et une altération émotionnelle.

³⁴² Se référer à la Section 1.1 – La santé et la maladie : des notions évolutives.

³⁴³ *Code de déontologie des médecins*, préc., note 234, art. 28 et 29.

³⁴⁴ Se référer à la Section 3.2 A – Autonomie. L'autonomie du patient serait potentiellement atteinte à cause des limites à l'information que le médecin peut lui fournir sur les antidépresseurs et à cause des pressions à la performance et à la conformité de la société axant la réussite vers un état de santé complet, exempt de timidité.

³⁴⁵ *Code de déontologie des médecins*, préc., note 234, art. 3 : « Le médecin a le devoir primordial de protéger et de promouvoir la santé et le bien-être des individus qu'il sert, tant sur le plan individuel que collectif. »

³⁴⁶ *Id.*, art. 60.

Les articles 50 et 51 du Code nous apparaissent donc venir préciser ces principes bioéthiques dans le contexte plus particulier de la santé mentale et ainsi guider le médecin dans sa décision de prescrire des psychotropes comme le Paxil. Le Code offrirait une protection au patient contre une médication des difficultés sociales « sans raison médicale suffisante ». Que le médecin s'assure d'abord que le patient soit atteint d'une maladie et qu'ensuite, une intervention soit « médicalement nécessaire » dans un contexte de timidité, ferait obstacle à la volonté du patient d'obtenir un traitement à tout prix. Le respect strict de ces conditions médicales serait donc un frein à une prescription non requise pour une timidité, en permettant de contrebalancer l'autonomie décisionnelle du patient. Le Code semble ainsi prioriser le principe de la bienfaisance sur celui de l'autonomie du patient, conformément à leur Serment d'Hippocrate, c'est-à-dire de servir les malades à leur avantage³⁴⁷. Le *Code de déontologie des médecins* offrirait donc une protection contre le phénomène de médicalisation du social, exigeant au médecin de fournir uniquement une médecine thérapeutique par opposition à une médecine améliorative ou de complaisance.

Enfin, le médecin en tant que professionnel de la santé n'évolue pas en vase clos dans sa pratique et est donc concerné par les politiques publiques du gouvernement et d'autres associations reconnues en matière de santé. Ainsi, de façon complémentaire au droit dur, nous nous attarderons à certaines orientations gouvernementales et autres normes souples en matière de soins en santé mentale pouvant éclairer le médecin dans son dilemme éthique de prescription face au trouble de l'anxiété sociale.

C) Le droit souple

En sus du droit dur, les normes souples doivent également être considérées pour broser un portrait complet des guides offerts au médecin dans la prescription de psychotropes contre la phobie sociale. Nous analyserons à cet égard deux documents pertinents, à savoir les lignes directrices de l'*Association des psychiatres du Canada*, ainsi que les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (ci-après « MSSS ») à travers sa *Politique du médicament*.

³⁴⁷ *Hippocratic Oath*, 1943, préc., note 261.

C.1) Guide pratique pour la gestion des troubles anxieux

L'Association des psychiatres du Canada a élaboré, en 2006, des lignes directrices reconnues par le MSSS afin d'encadrer les médecins de première ligne et les psychiatres dans l'évaluation, le diagnostic et le traitement des troubles anxieux³⁴⁸. Ces lignes directrices, intitulées *Clinical Practice Guidelines for the Management of Anxiety Disorders*, sont mises en place afin d'assurer un encadrement sécuritaire et équitable pour le traitement spécifique des personnes atteintes de problèmes de santé mentale à travers le pays. Ce qui nous intéresse particulièrement ici sont les recommandations concrètes fournies par ce guide pratique aux médecins quant aux modalités de gestion des troubles de l'anxiété, particulièrement quant au choix de traitement à offrir au patient.

Afin de bien illustrer notre propos, nous proposons de commencer par la présentation du **Tableau 1** suivant précisant en détail toutes les étapes que le médecin devrait suivre afin d'identifier et de traiter un trouble anxieux.

³⁴⁸ CANADIAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, « Clinical Practice Guidelines for the Management of Anxiety Disorders », *Canadian Journal of Psychiatry* (2006), vol. 51, n° 8, suppl. 2, 92 p. Lien trouvé sur le site du MSSS sous *Guides de pratique pour la psychiatrie*, en ligne : www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/medecine/rsq/index.php?Guides-de-pratique-pour-la-psychiatrie, consulté le 10 juin 2016. [CANADIAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2006]

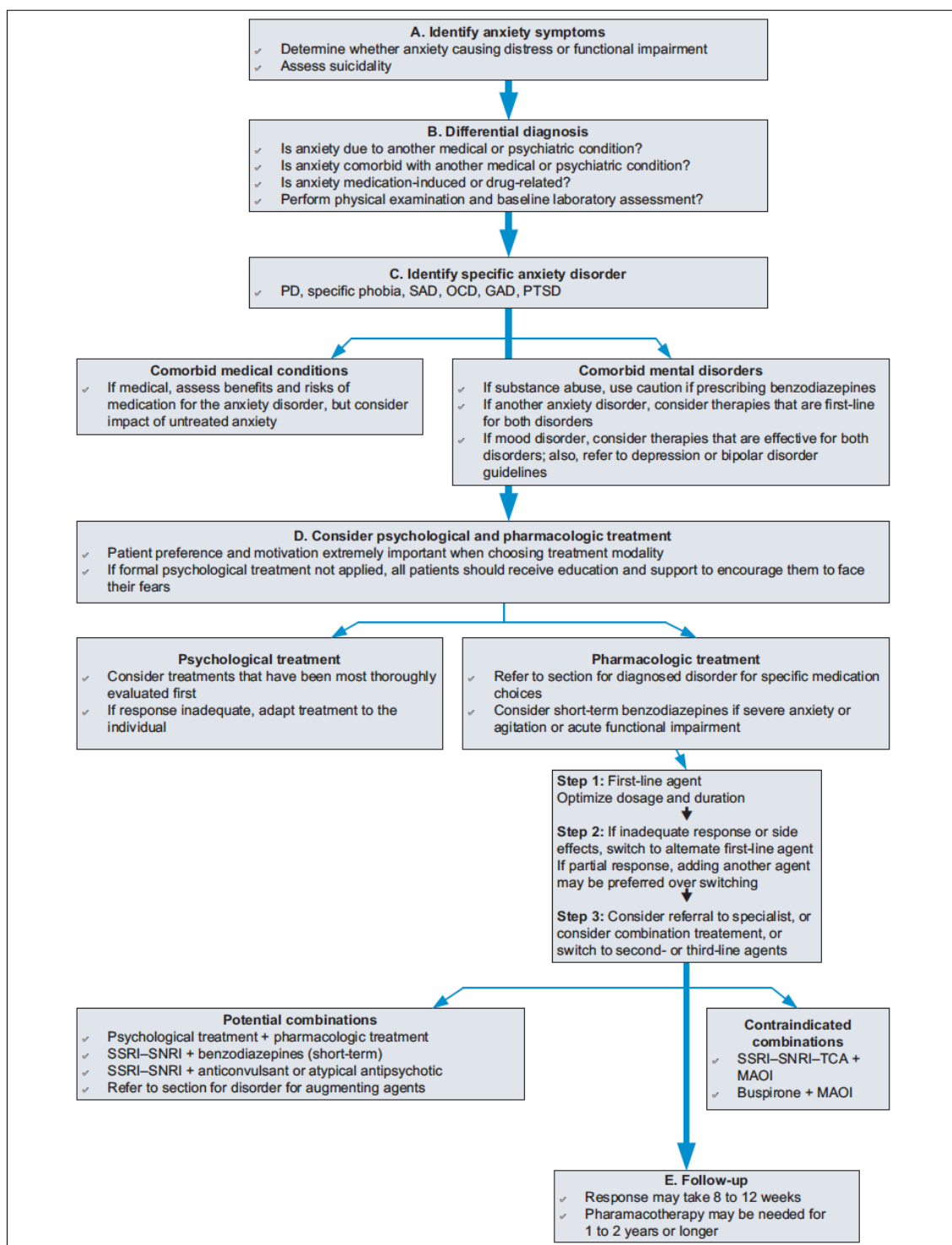


Tableau 1

Source : CANADIAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2006, préc., note 348, p. 13 S, *Figure 2.1- Key decision points in the management of anxiety disorders.*

Selon le tableau précédent, il y a cinq étapes clés pour la gestion des troubles anxieux :

- A. Identifier les symptômes d'anxiété ;
- B. Poser un diagnostic différentiel ;
- C. Identifier le type spécifique du trouble anxieux, dont le trouble de l'anxiété sociale (SAD pour « *social anxiety disorder* »), avec les troubles médicaux ou mentaux en comorbidité³⁴⁹ ;
- D. Considérer les traitements psychologiques et pharmacologiques avec ses combinaisons potentielles et celles contre-indiquées ;
- E. Assurer un suivi adéquat.

Les deux premières étapes ont déjà été abordées par le *Code de déontologie des médecins* et ses applications, soit la façon pour le médecin de poser un diagnostic avec la plus grande attention³⁵⁰. La quatrième étape nous apparaît ici d'une importance toute particulière : on s'attend du médecin qu'il considère un choix de traitement autant psychologique que pharmacologique, incluant l'antidépresseur SSRI³⁵¹ comme le Paxil, au patient atteint du trouble de l'anxiété sociale.

Selon ce même guide pratique, le choix du traitement psychologique ou pharmacologique dépend de plusieurs facteurs difficilement contrôlables, tels la préférence et le degré de motivation du patient, la capacité du patient à se livrer à un traitement par rapport à une autre, les compétences et l'expérience du médecin traitant, la disponibilité des ressources pour la thérapie, la réponse du patient à un traitement préalable, ainsi que la présence d'un trouble médical et psychiatrique comorbide [nos soulignés]³⁵². Tel qu'énoncé dans le Serment d'Hippocrate du médecin, ce dernier doit servir son patient suivant ses forces et son jugement, faisant écho à la compétence et à l'expérience du médecin quant au choix de traitement à offrir à son patient atteint de

³⁴⁹ Se référer au Tableau 1 avec cinq choix possibles de troubles anxieux : PD (« *panic disorder* »), *specific phobia*, SAD (« *social anxiety disorder* »), OCD (« *obsessive-compulsive disorder* »), GAD (« *generalized anxiety disorder* ») et PTSD (« *posttraumatic stress disorder* »).

³⁵⁰ Se référer à la Section 4.1 B).1 – Diagnostic, notamment quant au diagnostic différentiel.

³⁵¹ SSRI réfère à « *serotonin-specific reuptake inhibitors* », l'appellation anglaise de ISRS pour « inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine ». Se référer à la Section 2.2 A) : La biologie derrière le médicament pour le fonctionnement des antidépresseurs ISRS.

³⁵² CANADIAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2006, préc., note 348, p. 12.

trouble anxieux³⁵³. En mettant ainsi sur un même pied d'égalité les psychotropes et les thérapies dans la gestion du trouble de l'anxiété sociale, le médecin offrirait au patient une certaine protection contre le phénomène de la médicalisation du social qui semble magnifier la solution médicamenteuse.

Afin de faire ce choix de traitement entre ces deux avenues, ces lignes directrices accordent une place primordiale au respect de l'autonomie du patient en imposant au médecin de prendre en considération ses préférences et sa motivation sur les modalités de traitement. Dans le **Tableau 1** ci-haut, on peut en effet retrouver la phrase suivante : « *Patient preference and motivation extremely important when choosing treatment modality* [nos soulignés] ». Cela nous semble aller plus loin que l'obligation de renseignement du médecin afin d'obtenir un consentement libre et éclairé du patient, en l'informant de la nature, du but et des conséquences possibles du traitement envisagé³⁵⁴. En effet, cette norme demande au médecin de donner une importance toute particulière au degré d'acceptation ou de revendication du patient face aux traitements proposés contre sa timidité malade. Le choix du traitement, qu'il passe par une thérapie ou par un antidépresseur, devrait donc être pris par le médecin en fonction de la volonté intrinsèque du patient.

De plus, ce guide pratique propose au médecin de considérer une combinaison de traitements entre thérapie et médicament ou entre plusieurs médicaments, en spécifiant les combinaisons médicamenteuses contre-indiquées. Il est à noter que la littérature scientifique a étudié une possible combinaison de traitements psychologique et pharmacologique pour traiter spécifiquement le trouble de l'anxiété sociale, mais les recherches sur le sujet restent limitées³⁵⁵. Cette possible combinaison de traitements devrait donc également être considérée par le médecin afin d'assurer le recouvrement complet du patient contre le trouble de l'anxiété sociale. Ceci permet d'éviter que le médecin ne considère que la prise de médicaments comme solution à son patient. Aussi,

³⁵³ *Hippocratic Oath*, 1943, préc., note 261.

³⁵⁴ *Code de déontologie des médecins*, préc., note 234, art. 28 et 29 pour l'obligation de renseignement.

³⁵⁵ E.B. FOA, M.E. FRANKLIN, J. MOSER, « Context in the clinic: how well do cognitive-behavioral therapies and medications work in combination? » *Biological Psychiatry* (2002), vol. 52, p. 987-97 ; N. YOSHINAGA et al., « Strategy for treating selective serotonin reuptake inhibitor-resistant social anxiety disorder in the clinical setting: a randomised controlled trial protocol of cognitive behavioural therapy in combination with conventional treatment », *BMJ Open* (2013), vol. 3, n° 2.

tel qu'indiqué dans ce même **Tableau 1**, si une thérapie formelle n'est pas possible, les patients devraient à tout le moins recevoir de l'éducation et du support pour les encourager à faire face à leur phobie surgissant dans des situations sociales³⁵⁶. Dans un esprit de bienfaisance, ces normes semblent ajouter une protection additionnelle à la médicalisation du social en encourageant le travail sur soi et en s'écarter d'une offre unique d'une prise de psychotrope pouvant camoufler les symptômes d'anxiété sans s'adresser au problème de fond.

En bref, envisager autant la psychothérapie que la pharmacothérapie en tenant compte de ses compétences, considérer les préférences et le degré de motivation du patient comme essentiels, offrir une possible combinaison médicamenteuse avec la thérapie, ou encore offrir une aide au patient afin de confronter ses peurs, sont autant de normes qui permettent au médecin d'agir dans le but de protéger son patient contre les effets néfastes de la médicalisation du social. Les psychotropes ne seraient donc pas la seule et unique solution contre une timidité invalidante. Dans la gestion de son dilemme éthique de prescription, ces normes souples donnent une importance au respect de l'autonomie du patient dans le choix du traitement contre sa phobie sociale, contrairement au droit dur. Il semble donc que l'*Association des psychiatres du Canada* émet des normes qui protègent le patient contre le phénomène de la médicalisation du social en proposant une offre thérapeutique diversifiée et fait sur mesure pour le patient.

C.2) Usage optimal des médicaments

Conscient que la consommation de médicaments n'a cessé d'augmenter au sein de la population québécoise depuis les dernières décennies et que cela comporte certains dangers, le législateur désire implanter une politique en matière de médicaments ayant pour but de favoriser l'intégration de l'usage des médicaments dans l'ensemble des actions qui sont destinées à améliorer la santé et le bien-être de la population, notamment en atteignant un « usage optimal » de ceux-ci³⁵⁷. Le phénomène de la médicalisation du social peut en effet être perçu comme une utilisation non optimale des

³⁵⁶ Se référer au Tableau 1 : « *If formal psychological treatment not applied, all patients should receive education and support to encourage them to face their fears* ».

³⁵⁷ *Loi sur l'assurance médicaments*, L.R.Q., c. A-29.01, art. 51.

médicaments pour se débarrasser de problèmes sociaux affectant une personne. C'est ainsi que le MSSS a élaboré *La Politique du médicament* en 2007 offrant certains guides au médecin afin, entre autres, que l'utilisation des médicaments soit améliorée pour mieux servir et protéger le patient³⁵⁸.

L'*Institut national d'excellence en Santé et en Services sociaux* (ci-après « INESSS »), en tant que mandataire de l'État, a également pour mission d'élaborer des recommandations et des guides de pratique clinique visant l'usage optimal des médicaments et autres interventions en santé³⁵⁹. Malheureusement, aucun guide de pratique clinique n'a été fait jusqu'à présent sur l'usage des antidépresseurs. Malgré tout, cet Institut donne la définition suivante de l'utilisation optimale des médicaments :

« Usage qui maximise les bienfaits et minimise les risques pour la santé de la population en tenant compte des diverses options possibles, des coûts et des ressources disponibles, des valeurs des patients et des valeurs sociales »³⁶⁰.
[nos soulignés]

On constate qu'à travers cette définition, l'INESSS semble avoir un grand souci d'équilibre entre le principe bioéthique de la bienfaisance et celui du respect de l'autonomie du patient. En effet, la maximisation des bénéfices et la minimisation des coûts, risques et inconvénients pour le patient fait partie de la démarche du médecin vers la bienfaisance de son patient³⁶¹. De plus, le respect des valeurs du patient y est inclus, ce qui ferait référence au respect de son autonomie face à son traitement médical. Maintenant que la définition de l'usage optimal des médicaments est établie, abordons maintenant les différentes normes retenues par le MSSS quant à cet usage, tout en les mettant en relation avec le dilemme éthique du médecin quant au traitement du trouble de l'anxiété sociale.

³⁵⁸ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *La Politique du médicament*, Gouvernement du Québec, 2007. [MSSS, *Politique du médicament*, 2007]

³⁵⁹ *Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux*, L.R.Q., c. I-13.03, art 5, par 2.

³⁶⁰ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, rédigé par C. LAURIER, *L'utilisation optimale des médicaments. Qu'en est-il ?*, Symposium sur l'utilisation optimale des médicaments, Gouvernement du Québec, Centre des congrès de Québec, 20 et 21 mai 2004. L'INESSS a succédé au Conseil du médicament en janvier 2011, en ligne : www.inesss.qc.ca/a-propos/a-propos-de-linstitut.html.

³⁶¹ Se référer à la Section 3.2 B – Bienfaisance.

Afin d'atteindre cette optimisation, la politique indique que le médecin doit commencer par s'interroger sur la pertinence d'utiliser le Paxil pour combattre la timidité malade de son patient, en encourageant ce dernier à faire de même³⁶². Tout comme l'ordonnance « médicalement nécessaire » abordée dans la section précédente³⁶³, ce questionnement favorise la bienfaisance du patient en empêchant le plus possible une utilisation non pertinente ou sans nécessité d'un psychotrope dans ce contexte. Ceci aurait également pour effet de limiter les effets néfastes de la médicalisation du social en remettant en question l'utilisation même des psychotropes. Lorsque la pertinence d'utiliser un médicament est reconnue, le médecin doit ensuite le choisir en fonction de la personne visée en tenant compte de son efficacité, de ses effets secondaires, de la capacité du patient à gérer son traitement, ainsi que du coût de celui-ci³⁶⁴. Malgré que cette dernière norme ne guide pas nécessairement le médecin dans son dilemme de prescription, puisqu'il s'agit de déterminer quel médicament serait le plus efficace et optimal pour son patient, nous constatons qu'il doit tout de même lui offrir un service personnalisé, conformément au principe de bienfaisance.

Enfin, l'usage optimal s'obtient lorsque le patient se conforme aux instructions de son médecin notamment quant à la posologie et la prise du médicament. Par ailleurs, le MSSS souhaite expressément favoriser la sensibilisation et l'intégration du concept de l'usage optimal des médicaments à la formation universitaire des médecins, des pharmaciens et des autres professionnels de la santé³⁶⁵. De cette façon, le ministère veut travailler à la source avec les professionnels de la santé pour leur expliquer les normes souples auxquelles ils devraient se soumettre concernant les traitements des troubles de l'anxiété.

En résumé, dans *La Politique du médicament* imposant entre autres des mesures d'usage optimal des médicaments, le MSSS demande au médecin qu'il remette en question la pertinence de l'utilisation du Paxil avant toute prescription contre le trouble de l'anxiété sociale. Il est donc possible d'affirmer que cette norme souple guiderait le

³⁶² MSSS, *Politique du médicament*, 2007, préc., note 358, p. 44

³⁶³ Se référer à la Section 4.1 B.2 – Traitement.

³⁶⁴ MSSS, *Politique du médicament*, 2007, préc., note 358, p. 44.

³⁶⁵ MSSS, *Politique du médicament*, 2007, préc., note 358, Orientation ministérielle 22, p. 51-52.

médecin dans son dilemme de prescription en favorisant la protection du patient contre la médicalisation du social. Par contre, notons que cette Politique a une utilité limitée quant à la gestion du dilemme éthique de prescription, car, comme son nom l'indique, elle sert à encadrer la prise du médicament lui-même et son accessibilité dans la population et non les étapes préalables à sa prescription.

À la lumière de ce qui précède, les obligations déontologiques examinées semblent offrir des balises au médecin, tant sur le diagnostic que sur le traitement du trouble de l'anxiété sociale, pour protéger le patient contre la médicalisation du social. En effet, la première étape que le médecin doit franchir est de poser un diagnostic au patient ressentant des symptômes d'anxiété sociale avec la plus grande attention, en utilisant les méthodes scientifiques appropriées et se référant à des collègues au besoin. Une fois la pathologie du trouble de l'anxiété sociale déterminée, le médecin doit obtenir le consentement libre et éclairé de son patient avant d'entreprendre tout traitement, en respectant ainsi sa capacité d'autodétermination. Ensuite, dans un esprit de bienfaisance, le médecin ne doit prescrire de Paxil qu'avec une raison médicale suffisante justifiant une intervention médicamenteuse. Ce critère de l'ordonnance médicalement requise et nécessaire s'oppose à la volonté du patient d'obtenir un traitement pour vaincre sa timidité, ce qui lui offrirait une protection contre une prescription médicamentant le social et non la maladie. Par conséquent, il nous est possible d'affirmer que le *Code de déontologie des médecins* priorise la protection du patient avant ses désirs de se débarrasser de sa timidité, afin de solutionner le dilemme éthique du médecin auquel nous nous intéressons.

En complément au droit dur, des normes souples guident également le médecin à travers les questions difficiles de sa pratique médicale. À travers les différentes étapes établies par l'*Association des psychiatres du Canada* dans son guide pratique aidant le médecin à identifier et traiter les troubles anxieux, celle où il doit considérer autant le traitement psychologique que pharmacologique est, selon nous, de la plus haute importance. En effet, le médecin doit accorder une place privilégiée aux préférences et à la motivation intrinsèque de son patient dans l'établissement d'un traitement contre sa timidité, en examinant les possibilités thérapeutiques ou encore en proposant une

possible combinaison de la thérapie avec les médicaments. Selon ce guide pratique, le principe du respect de l'autonomie du patient, se reflétant à travers ses volontés, devrait avoir préséance sur ce que le médecin croit être le mieux pour son patient. Pour sa part, la *Politique du médicament* du MSSS, même si elle comporte certaines limites, exige du médecin de s'interroger sur la pertinence de l'utilisation d'un psychotrope comme le Paxil afin d'encourager un usage optimal des médicaments et ainsi éviter toute prescription sans nécessité. En utilisant le droit dur avec ses compléments normatifs souples, le médecin devrait donc savoir concilier la bienfaisance pour protéger son patient contre le phénomène de la médicalisation du social, tout en sachant respecter le patient dans son choix de traitement contre son trouble de l'anxiété sociale.

SECTION 4.2 – Solutions alternatives au droit

Le droit et l'éthique ne sont pas les seuls modes de régulation à pouvoir offrir un encadrement à la médicalisation du social. En marge du droit, nous présenterons des solutions alternatives à la prescription de psychotrope dans un contexte de timidité malade avec l'accès à la psychothérapie, la pratique collaborative et la gestion autonome de la médication.

A) Accès à la psychothérapie

Le *Commissaire à la santé et au bien-être* a recommandé en 2012 au gouvernement du Québec de diversifier le panier de services assurés dans le secteur de la santé mentale et d'offrir un accès équitable aux services de psychothérapie³⁶⁶. Par contre, l'accès à la psychothérapie en province demeure encore difficile, que ce soit en raison d'un manque de personnel compétent, de longs délais pour l'obtention des services d'un psychologue, du nombre limité d'entre eux qui exercent dans le réseau public, de l'absence de couverture d'assurance hors du réseau public ou encore de l'insuffisance de ressources investies dans ce domaine comparées au domaine pharmaceutique³⁶⁷. Sans rentrer dans une analyse systémique des services de santé mentale offerts au Québec, ceci pourrait expliquer en partie pourquoi les omnipraticiens

³⁶⁶ CSBE, 2012, préc., note 331.

³⁶⁷ ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC, *Appréciation du degré d'implantation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, Ordre des psychologues, 2010, 18 p.

se réfugient dans une prescription d'antidépresseurs au lieu de référer leurs patients à des psychothérapeutes pour les prendre en charge à plus long terme.

En effet, dans la vaste majorité des cas au Québec, le médecin à l'origine du traitement antidépresseur est un omnipraticien, offrant un service de santé de première ligne dans la consultation des troubles mentaux³⁶⁸. Par contre, selon une étude gouvernementale québécoise, l'habileté du médecin généraliste à détecter, à diagnostiquer et à traiter les troubles mentaux serait « loin d'être optimale »³⁶⁹. Même si la majorité des médecins de famille se disent « à l'aise » avec l'évaluation et le suivi des problèmes courants de santé mentale, seule une minorité se sent « compétente » pour traiter des personnes aux prises avec des problèmes psychiatriques graves³⁷⁰. Plusieurs patients ont l'impression que la psychiatrie est réduite à la simple détermination d'un diagnostic afin de prescrire la médication la plus adéquate en tendant ainsi à « occulter la complexité des expériences subjectives des personnes dépassant le cadre des symptômes et à réduire les espaces de communication au sein de la relation thérapeutique »³⁷¹. La psychothérapie aurait pourtant le potentiel d'offrir plusieurs avantages que la médication ne peut offrir.

À ce titre, l'INESSS a analysé, dans une étude de 2015, l'efficacité et le coût de la psychothérapie comparativement à la pharmacothérapie pour les patients atteints de troubles anxieux et dépressifs. Cet Institut affirme que l'efficacité de la psychothérapie serait similaire à celle des psychotropes, mais que ses avantages seraient maintenus plus longtemps après la fin du traitement que ceux des médicaments³⁷². De plus, les analyses

³⁶⁸ Alain LESAGE et al., *Prévalence de la maladie mentale et utilisation des services connexes au Canada – Une analyse des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, Rapport rédigé pour l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, Mississauga (Ontario), 2006, 20 p ; CONSEIL DU MÉDICAMENT, 2011, préc., note 1, p. 26. Dans cette étude menée de 2005 à 2009 au Québec, 82,3 % des antidépresseurs ont été prescrits par un omnipraticien versus 5,8 % des cas par un psychiatre.

³⁶⁹ CSBE, 2012, préc., note 331, p. 58.

³⁷⁰ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *Une première ligne forte de l'expertise du médecin de famille, Énoncé de position*, Février 2016, 53 p., p. 19 [COLLÈGE DES MÉDECINS, *Énoncé de position*, 2016]

³⁷¹ L. RODRIGUEZ, E. CORIN, C. ROUSSEAU, M. L. POIREL, *Modalités de suivi de la médication psychiatrique dans la communauté : perceptions des usagers*, protocole de recherche présenté au Fonds de recherche en santé du Québec, concours FRSQ-MSSS, 2001.

³⁷² INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX, *Avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie, Volet I – Examen des données probantes sur l'efficacité et le coût de la psychothérapie comparativement à ceux de la pharmacothérapie dans le traitement des adultes atteints de*

économiques indiquent un meilleur rapport entre le coût et l'efficacité de la psychothérapie et une meilleure rentabilité à long terme comparativement aux traitements pharmacologiques³⁷³. L'INESSS est donc venu à la conclusion que l'accès à la psychothérapie par les patients atteints de troubles anxieux ou dépressifs modérés devrait être une avenue à préconiser³⁷⁴. Dans un deuxième volet, cet Institut a démontré qu'il serait avantageux pour le Québec d'étendre l'accès aux services de psychothérapie dans son régime public, en offrant une couverture complète de ces services par la *Régie de l'assurance maladie du Québec*³⁷⁵.

Le *Collège des médecins du Québec* et l'*Association des psychiatres du Canada* sont du même avis : il est démontré que, pour certains problèmes, une psychothérapie aurait un impact à long terme plus significatif et plus durable qu'une médication pour construire la capacité d'un patient à gérer ses difficultés et, ultimement, à le rendre plus autonome³⁷⁶. Pour le médecin, cette approche thérapeutique serait donc une manière de maximiser les bénéfices et de minimiser les torts pour son patient vulnérable socialement, dans le but de recouvrir la pleine santé. La TCC pourrait limiter l'expansion du pouvoir médical sur les personnes, en promouvant le travail sur soi et l'atteinte de résultats concrets à plus long terme en modifiant les comportements et les pensées³⁷⁷. Cette pratique médicale axée sur le rétablissement aurait donc le pouvoir de prévenir que les conditions sociales deviennent médicales, en limitant ainsi le phénomène de la médicalisation du social.

B) Vers une pratique collaborative

Déjà en 1989 à travers sa *Politique de santé mentale*, il était indispensable pour le

troubles anxieux et dépressifs, Rapport rédigé par Alvine FANSI et Cédric JEHANNO, Gouvernement du Québec, Juin 2015, p.18.

³⁷³ *Id.*, p. 24.

³⁷⁴ *Id.*, p. 28.

³⁷⁵ INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX, *Avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie, Volet II – Analyse des modalités et des conditions d'accès aux services de psychothérapie pour le traitement des adultes atteints de troubles dépressifs et anxieux*, Rapport rédigé par Alvine FANSI et Cédric JEHANNO, Gouvernement du Québec, Juin 2015.

³⁷⁶ COLLÈGE DES MÉDECINS, *Énoncé de position*, 2016, préc., note 370, p. 24. ; CANADIAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2006, préc., note 348, p. 37.

³⁷⁷ Pour la thérapie comportementale et cognitive (TCC), se référer à la Section 1.2 – La médicalisation du social.

MSSS de favoriser une mobilisation et une collaboration des intervenants ainsi que des proches entourant le patient dans le besoin³⁷⁸. Ensuite, le but premier du *Plan d'action en santé mentale* du gouvernement de 2005 à 2010 était de mieux arrimer les soins spécialisés et les services de santé mentale aux services de première ligne, en s'appuyant sur des pratiques de soins partagés³⁷⁹. Le ministre voulait ainsi assurer une culture de collaboration et de hiérarchisation des services en y affirmant que « la collaboration interdisciplinaire des professionnels impliqués est un gage de succès »³⁸⁰.

Dans le plus récent *Plan d'action en santé mentale* de 2015-2020, le MSSS expose la difficulté des médecins de famille à assurer un suivi adéquat des personnes atteintes de troubles de santé mentale, dû entre autres au maintien d'une pratique en silo et du manque de soutien offerts à ces médecins³⁸¹. Dû à ce manque de liens entre omnipraticiens, psychologues et équipes psychosociales de soins, les patients aux prises avec des troubles mentaux se limitent trop souvent à consulter exclusivement leur omnipraticien, lequel offre généralement une médication³⁸². Les pratiques collaboratives, comme les soins partagés, s'imposent donc comme une solution concrète afin de mieux outiller l'omnipraticien en santé mentale et pour pallier à cette problématique d'isolement des professionnels³⁸³.

Les soins de collaboration impliquent la mise en place d'objectifs communs, d'un processus décisionnel bien défini et équitable, ainsi que d'une communication ouverte et régulière entre les professionnels s'occupant de la santé mentale des

³⁷⁸ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Politique de santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec, 1989, 62 p., p. 23 en ligne : www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/download.php?f=0d4d1b073a10b132749dfd96039bc13a.

³⁷⁹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*, Québec, Gouvernement du Québec, 2005, p. 89.

³⁸⁰ *Id.*, p. 45.

³⁸¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : Faire ensemble et autrement*, Québec, Gouvernement du Québec, 2015, p. 45. [MSSS, *Plan d'action en santé mentale 2015-2020*]

³⁸² Marie-Josée FLEURY, Eric LATIMER et C. VALLÉE, « La réforme en santé mentale. Des services plus accessibles et continus pour une clientèle vulnérable ? », *Le point en administration de la santé et des services sociaux* (2010), Numéro spécial sur le 5e anniversaire de la réforme du système québécois de santé, vol. 6, n° 1, p. 34-39 ; Marie-Josée FLEURY et al., « Extent and determinants of general practitioner referrals and contacts with mental health providers », *Canadian Journal of Community Mental Health* (2010), vol. 29, n° 2, p. 113-129.

³⁸³ Marie-Josée FLEURY et al., « La prise en charge des troubles de santé mentale par les omnipraticiens du Québec », *Le médecin de famille canadien* (2012), vol. 58, p. 728.

usagers³⁸⁴. Une multitude d'études ont ainsi prouvé qu'un partage des soins apporte effectivement des bénéfices supérieurs à l'intervention d'un seul professionnel dans le traitement des troubles de l'humeur³⁸⁵. À ce titre, l'*Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, le *Collège des médecins du Québec* et l'*Ordre des pharmaciens du Québec* ont publié en 2015 un énoncé de position conjoint sur la collaboration interprofessionnelle afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins ainsi que l'atteinte de résultats de santé optimaux pour les personnes³⁸⁶. Ces soins de collaboration offerts sous plusieurs formes sont fondés sur des pratiques efficaces qui évoluent avec les besoins changeants de la personne utilisatrice de services de santé, des membres de son entourage et des ressources disponibles³⁸⁷. La mise en place de ces pratiques collaboratives et services complémentaires peut ainsi améliorer la qualité des soins, des services et de la performance du système de santé, ainsi que la satisfaction du patient face aux soins reçus³⁸⁸.

Pareillement, le MSSS désire orienter dans le futur les soins et services de santé offerts à la population vers une collaboration professionnelle en instaurant des médecins spécialistes répondant en psychiatrie (ci-après « MSRP »)³⁸⁹. Ce MSRP servirait à soutenir les équipes de santé mentale, les groupes de médecine de famille et les équipes

³⁸⁴ ASSOCIATION DES PSYCHIATRES DU CANADA, « L'évolution des soins de santé mentale en collaboration au Canada – Une vision d'avenir partagée, Énoncé de principes », *La revue canadienne de psychiatrie* (2010), rédigé par le Groupe de travail sur les soins de santé mentale partagés de l'Association des psychiatres du Canada et du Collège des médecins de famille du Canada, vol. 56, n° 5, p. 1-12.

³⁸⁵ M. A. CRAVEN et R. BLAND, « Better practices in collaborative mental health care: An analysis of the evidence base », *Revue canadienne de psychiatrie* (2006), vol. 51, n° 6, p. 1s-72s. ; S. C. HEDRICK et al., « Effectiveness of collaborative care depression treatment in Veterans' Affairs primary care », *Journal of General Internal Medicine* (2003), vol. 18, n° 1, p. 9-16. ; E. M. HUNKELER et al., « Efficacy of nurse telehealth care and peer support in augmenting treatment of depression in primary care », *Archives of Family Medicine* (2000), vol. 9, n° 8, p. 700-708. ; W. KATON et al., « Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression: A randomized trial », *Archives of General Psychiatry* (1999), vol. 56, n° 12, p. 1109-1115. ; D. J. KATZELNICK et al., « Randomized trial of a depression management program in high utilizers of medical care », *Archives of Family Medicine* (2000), vol. 9, n° 4, p. 345-351. ; H. A. WALKER et al., « Network exchange theory: Recent developments and new directions », *Social Psychology Quarterly* (2000), vol. 63, n° 4, p. 324-337.

³⁸⁶ ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC et ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC, *Énoncé de position conjoint sur la collaboration interprofessionnelle : rehausser la qualité et la sécurité des soins*, mai 2015.

³⁸⁷ *Id.*, p. 11.

³⁸⁸ CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE LES TOXICOMANIES, *Collaboration pour les soins en toxicomanie et en santé mentale : meilleurs conseils*, Ottawa, juin 2014, 64 p., p. 2.

³⁸⁹ MSSS, *Plan d'action en santé mentale 2015-2020*, préc., note 381.

des centres intégrés offrant des services de protection et de réadaptation aux patients³⁹⁰. Ce soutien du psychiatre passe notamment par des visites sur place, des rencontres avec l'utilisateur, le praticien ou avec l'équipe de soins, un accès facile par courriel ou ligne téléphonique, des études de situations cliniques, des activités cliniques à visée didactique, des cours théoriques ou des participations régulières aux réunions cliniques³⁹¹. Ce modèle de répartition des soins se base sur le respect des compétences particulières du médecin de famille et du psychiatre afin de couvrir un large éventail de possibilités de collaboration thérapeutique³⁹².

En ce qui concerne la mise en œuvre de ses services, l'objectif du ministère est d'assurer la réponse à 70 % des besoins de la population en santé mentale par les services de première ligne pour désengorger les services spécialisés de deuxième ligne et les rendre plus accessibles à ceux qui en ont réellement besoin³⁹³. La mise en place d'équipes interdisciplinaires formées d'omnipraticiens, de psychiatres et d'intervenants psychosociaux permettrait ainsi d'améliorer et d'optimiser les services offerts en santé mentale³⁹⁴. C'est donc à travers une mise en œuvre des pratiques collaboratives à la grandeur de la province que se trouve une solution concrète au manque de ressources des omnipraticiens et à la prescription souvent mal accompagnée des psychotropes pour vaincre les troubles mentaux comme le trouble de l'anxiété sociale.

C) Gestion autonome de la médication

C'est dans un esprit de réappropriation du pouvoir par le patient, que la *Gestion autonome de la médication* (ci-après « GAM ») s'avère une solution alternative à envisager dans le réseau de la santé³⁹⁵. La GAM permet au patient de gérer sa médication selon ses besoins, lui redonnant un sentiment de maîtrise sur sa vie, tout en étant accompagné de près par son prescripteur et en ouvrant les voies du dialogue. Cette gestion est donc une option toute désignée pour prendre en charge le trouble de l'anxiété

³⁹⁰ MSSS, *Plan d'action en santé mentale 2015-2020*, préc., note 381, p. 47.

³⁹¹ *Id.*, p. 47 ; CSBE, 2012, préc., note 331, p. 110.

³⁹² ASSOCIATION DES PSYCHIATRES DU CANADA et COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE AU CANADA, *Les soins de santé mentale partagés au Canada*, Énoncé de position conjoint du CMFC et de l'APC, 1997.

³⁹³ MSSS, *Plan d'action en santé mentale 2015-2020*, préc., note 381, p. 53.

³⁹⁴ CSBE, 2012, préc., note 331, p. 110.

³⁹⁵ ÉRASME, GAM, 2006, préc., note 23.

sociale menant le patient vers son rétablissement et ultimement vers une pleine réintégration sociale. En reconnaissant l'importance des traitements médicaux et leur accessibilité à la population, le MSSS propose ainsi d'élargir les approches de traitement visant le « soulagement des souffrances et le recouvrement du plein potentiel des personnes »³⁹⁶. En effet, l'approche de la GAM s'inscrit comme « une réponse nuancée qui permet aux personnes vivant avec des problèmes de santé mentale d'assumer une position de sujet face aux traitements qui leur sont proposés »³⁹⁷. Axée sur le rétablissement de la personne, cette alternative thérapeutique vise le renforcement des aptitudes et la réalisation des objectifs que la personne aura elle-même déterminés³⁹⁸.

Un projet pilote financé par le MSSS a par ailleurs été mis sur pied il y a dix ans afin de promouvoir des approches alternatives à la médication psychotrope et d'étudier l'implantation de la GAM dans le réseau public des services en santé mentale³⁹⁹. Cette équipe d'intervenants et de chercheurs dans le domaine médical définit la GAM comme suit :

« Elle vise ainsi l'appropriation du pouvoir et l'élargissement de la capacité d'agir de la personne, en favorisant le consentement libre et éclairé d'une part, et en mettant la médication au service des stratégies personnelles qu'elle déploie afin d'acquérir davantage d'autonomie, se rétablir et s'insérer socialement, d'autre part. »⁴⁰⁰ [nos soulignés]

La GAM favorise dans les faits un degré supérieur de consentement libre et éclairé requis par toute personne suivant ce programme de médication. Ainsi cette dernière a le droit d'être informée sur les raisons, la pertinence, les effets secondaires et le mode d'utilisation de la médication prescrite, d'être avertie des alternatives possibles à cette médication et d'être encouragée à les utiliser si nécessaire, de pouvoir négocier avec le prescripteur le type de médicament, la dose, la fréquence de prise, de décider de diminuer ou même arrêter toute médication, définitivement ou provisoirement, en étant

³⁹⁶ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec, 1998 ; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Transformation des services en santé mentale : État d'avancement du plan d'action de décembre 1998*, Québec, Gouvernement du Québec, 2001.

³⁹⁷ ÉRASME, GAM, 2006, préc., note 23, p. 91.

³⁹⁸ MSSS, *Plan d'action en santé mentale 2015-2020*, préc., note 381, p. 17.

³⁹⁹ ÉRASME, GAM, 2006, préc., note 23.

⁴⁰⁰ *Id.*, p. 46.

accompagnée par un professionnel de la santé tout au long du processus⁴⁰¹. Cette pratique collaborative entre le médecin et son patient se concentre donc sur la qualité de vie de ce dernier au lieu de l'élimination clinique des symptômes et permet ainsi de transformer positivement la relation médicale à travers un dialogue et une écoute de part à d'autre⁴⁰².

De cette façon, le médecin ne détiendrait plus le pouvoir absolu du savoir biomédical réduisant les signes de détresse à des symptômes et transformant la souffrance en maladie afin de la traiter chimiquement⁴⁰³. En guise d'alternative, la GAM s'efforce de comprendre le contexte du malaise, à laisser le patient s'exprimer sur son mode de thérapie, et même de pouvoir remettre en question les décisions médicales de son médecin dans son propre intérêt. Avec tous ces avantages orientés vers le respect de l'autonomie du patient, le MSSS a introduit une mesure gouvernementale de 2015 à 2020 axé sur le rétablissement du patient leur permettant d'atteindre un état de complet bien-être en tout respect de la primauté de la personne⁴⁰⁴. Cette orientation ministérielle provinciale démontre à quel point les services en santé mentale doivent s'adapter aux réalités d'aujourd'hui et qu'il existe une solution alternative à la prescription unilatérale de psychotrope pour vaincre le trouble de l'anxiété sociale.

En bref, le droit dur et souple nous a permis de gérer le dilemme éthique de la prescription de psychotrope pour une personne atteinte du trouble de l'anxiété sociale en conciliant les principes bioéthiques du respect de l'autonomie du patient et de la bienfaisance, dans le but ultime de protection contre la médicalisation du social. Nous

⁴⁰¹ Jérôme PALAZZOLO, N. MIDOL et J. CANCAU, « Vers une gestion autonome de la médication en psychiatrie ? Approche anthropologique », *Annales médico-psychologiques* (2008), vol. 166, n° 9, p. 717-726, à la p. 718.

⁴⁰² L. RODRIGUEZ et P. RICHARD, « La gestion autonome de la médication : une pratique au service du mieux-être », *Le partenaire* (2011), vol. 19, n° 4, p. 21-24.

⁴⁰³ Lourdes RODRIGUEZ, Ellen CORIN, Marie-Laurence POIREL et Marie DROLET, « Limites du rôle de la médication psychiatrique dans le processus de réhabilitation du point de vue des usagers », Association canadienne pour la santé mentale, *Équilibre* (2006), Pharmacologie et santé mentale, vol. 1, n° 1, p. 29.

⁴⁰⁴ MSSS, *Plan d'action en santé mentale 2015-2020*, préc., note 381, p. 18 : « Afin que la personne utilisatrice de services en santé mentale soit l'actrice principale des soins et des services qui la concernent, [...] chaque établissement responsable d'offrir des soins et des services en santé mentale inclura, dans son plan d'action sur la primauté de la personne dans l'organisation et la prestation des services, des mesures spécifiques concernant l'adoption de l'approche orientée vers le rétablissement dans les établissements, chez les gestionnaires, les professionnels de la santé (dont les psychiatres) et les intervenants de même que l'élaboration, l'évaluation et le maintien de services axés sur le rétablissement et soutenant celui-ci. [nos soulignés] »

avons également exposé certaines solutions alternatives au droit qui sont disponibles afin d'encadrer adéquatement le patient dans la gestion de son trouble anxieux : psychothérapie, soins de collaboration et gestion autonome de la médication sont mises à son service pour mieux le protéger.

CONCLUSION

Depuis les dernières décennies, une hausse fulgurante de la consommation de psychotropes dans nos sociétés modernes pour des personnes souffrant de troubles mentaux tous azimuts, soulève des questions. Une des nombreuses raisons pouvant expliquer cet accroissement de prescriptions est le phénomène répandu de la médicalisation du social, processus par lequel des problèmes ne relevant pas du domaine biomédical sont pris en charge comme des maladies en offrant une médication comme solution de premier plan. Notre essai a porté spécifiquement sur la timidité, maintenant reconnue par ce même processus comme une maladie traitable, nommée le trouble de l'anxiété sociale.

En premier lieu, nous avons vu que les concepts de santé et de maladie ont été instrumentalisés à travers les époques pour constamment créer de nouveaux standards de normalité et d'acceptabilité médicale. C'est en voulant atteindre un soi-disant « état de complet bien-être » que l'anxiété sociale est devenue aujourd'hui chimiquement traitable. Cet exercice conceptuel autour de la médecine moderne nous a démontré à quel point la médicalisation était un phénomène socialement construit. Ainsi, l'augmentation du savoir et du pouvoir médical sur nos sociétés a favorisé la maladie au détriment de la santé dans la pose des diagnostics psychiatriques. Par le fait même, cette diminution de la tolérance face aux difficultés de l'existence a encouragé la création de nouveaux traitements. Cette médication est certes accessible et rapide, mais elle ferait abstraction du recours aux ressources personnelles du patient qui permettraient une guérison à plus long terme.

Ensuite, nous avons étudié les critères pour la pose d'un diagnostic du trouble de l'anxiété sociale, ainsi que le mode de fonctionnement de son traitement de prédilection, l'antidépresseur Paxil. Celui-ci agit en augmentant le taux de sérotonine dans le cerveau du sujet, se fiant sur l'hypothèse biochimique du déficit en sérotonine à la source de ce trouble anxieux. Malgré une utilisation répandue de ce psychotrope, plusieurs chercheurs se questionnent encore sur son efficacité, son mode de fonctionnement et ses effets. Le soulagement symptomatique ainsi obtenu créerait un état illusoire de guérison et engendrerait une déconnexion avec soi empêchant le patient de bâtir des liens

relationnels plus profonds. Avant d'analyser les façons de protéger la personne désirant vaincre sa timidité contre les effets néfastes de la médicalisation du social, l'éthique fut un outil intéressant pour mettre en lumière le dilemme devant lequel le médecin est placé dans ce contexte de prescription.

Dans le troisième chapitre, nous avons analysé les principes bioéthiques en conflit, soit l'autonomie et la bienfaisance, dans la prise de décision du médecin de prescrire le Paxil pour contrer la timidité malade et ainsi contribuer au phénomène de la médicalisation. Reposant sur l'obligation morale de traiter tout un chacun comme un être libre, responsable et capable d'autodétermination, le respect de l'autonomie du patient en tant que fondement de la relation médicale s'observe à travers l'obtention d'un consentement libre et éclairé pour toutes interventions et traitements. Nous avons été à même de constater que cette autonomie serait affectée par le manque d'informations médicales et par les diverses pressions à la conformité sociale. D'un autre côté, la bienveillance du médecin s'explique par un exercice de proportionnalité balançant les risques, les coûts et les bénéfices du traitement proposé afin de faire un choix éclairé pour le bien-être du patient. Ce dilemme éthique du choix de traitement pour le trouble de l'anxiété sociale étant mis en lumière, nous avons parié sur le droit pour offrir des pistes de solutions ; en encadrant les pratiques générales de prescription des médecins, nous avons analysé si les outils légaux en place protégeaient adéquatement le patient dans ce contexte.

Le dernier chapitre fut destiné à analyser de quelle façon le droit serait utile pour guider le médecin dans le dilemme de prescription du Paxil contre la phobie sociale. De façon complémentaire, certaines solutions alternatives au droit furent exposées afin d'encadrer le phénomène de la médicalisation du social. La *Loi médicale* n'offrant que des normes trop générales sur la santé et la prescription, nous nous sommes concentrés sur le *Code de déontologie des médecins* et ses applications. À notre avis, les nombreuses obligations déontologiques du médecin offrent des balises quant à la pose d'un diagnostic du trouble de l'anxiété sociale fait avec la plus grande attention, et les outils scientifiques et l'aide médicale appropriés. Cet établissement d'un diagnostic fondé permet de limiter la prescription de psychotrope pour une personne non atteinte du

trouble de l'anxiété sociale, la protéger en premier lieu de la médicalisation du social. Ensuite, afin de respecter l'autonomie du patient, le médecin a l'obligation d'obtenir son consentement libre et éclairé afin de débiter un traitement. Par contre, malgré les désirs de son patient, le médecin ne doit prescrire de Paxil que s'il justifie une raison médicale suffisante, le protégeant ainsi d'une médication non médicalement requise et nécessaire. Selon notre analyse, le droit dur accorde une plus grande importance à la bienfaisance qu'à l'autonomie du patient, guidant ainsi le médecin dans son dilemme éthique de prescription de psychotrope contre la timidité.

Ensuite, le droit souple s'avère intéressant pour rééquilibrer le droit dur en semblant prioriser ses normes vers l'autonomie du patient. En effet, les lignes directrices de l'*Association des psychiatres du Canada* accordent une importance très particulière aux préférences et à la motivation du patient quand il s'agit de choisir entre thérapie et psychotrope, ou encore entre une combinaison des deux, dans son traitement du trouble anxieux. Enfin, le MSSS réitère l'importance du médecin de s'interroger sur la pertinence de l'utilisation du médicament à travers sa *Politique du médicament*, un outil pour atteinte de l'usage optimal des médicaments. Cette pratique rappelle au médecin que la prescription de psychotropes ne doit être faite que pour des raisons utiles et nécessaires, en limitant ainsi le fléau de la médicalisation du social. Le droit, en tant que mode de régulation principale de notre société, serait somme toute en mesure d'offrir des balises afin d'encadrer le médecin dans son dilemme de prescription en tentant de concilier les principes bioéthiques du respect de l'autonomie du patient avec celui de la bienfaisance, afin d'offrir une protection contre les conséquences d'une médicalisation du social dans le contexte de la timidité malade.

En dernier lieu, nous avons mis de l'avant des solutions alternatives au droit afin de protéger le patient éprouvant des difficultés sociales contre une prise en charge médicamenteuse à l'encontre de son intérêt. Psychothérapie, pratique collaborative et gestion autonome de la médication sont quelques-unes des solutions à préconiser afin de limiter l'expansion de la médicalisation du social se reflétant à travers une consommation immodérée de neuromédicaments pour contrer les difficultés sociales et affectives des personnes.

Il serait par ailleurs intéressant d'examiner comment le dilemme de prescription entre autonomie et bienfaisance est perçu lorsque le patient est inapte à consentir. Une possible opposition se dessine entre l'intérêt véritable du patient et ses volontés manifestées ; il faut donc que le médecin détermine ce qui est « médicalement nécessaire » pour son patient, comme c'est le cas de la prescription de psychotropes⁴⁰⁵. Face à un patient incapable, la Cour suprême du Canada fait de l'intérêt de la personne, plutôt que des volontés exprimées, le « critère central décisionnel [...] et prédominant aux avis médicaux »⁴⁰⁶. Par analogie à notre dilemme éthique, se confronte ici le droit du patient à l'autonomie, au respect de ses valeurs, croyances et désirs et à son intérêt véritable en évaluant les conséquences sur sa santé et en choisissant le traitement le moins perturbateur et contraignant possible. Il est intéressant de noter que lorsque l'autonomie du patient est compromise, le médecin doit donner plus de poids à l'intérêt véritable du patient, en tout respect avec le principe bioéthique de bienfaisance qui demande de soupeser les effets bénéfiques du traitement à ces coûts et risques.

Tout compte fait, le droit offre des balises qui contribuent à guider le médecin dans la gestion de son dilemme éthique de prescription du Paxil à un patient atteint de timidité malade. Concilier le respect de l'autonomie du patient avec sa bienfaisance serait une solution pour contrer phénomène de la médicalisation du social. Aussi, viser le plein rétablissement de la personne au lieu de l'élimination des symptômes, permettre la réappropriation du pouvoir thérapeutique au patient, encourager un dialogue franc entre le prescripteur et son patient et inciter le partage des soins entre professionnels de la santé mentale seraient d'autres mesures afin d'amoiner ce phénomène. Bien qu'il soit difficile pour le médecin de trouver un équilibre entre son savoir médical et les exigences grandissantes du patient dans cette ère de modernité, le médecin doit faire de constants efforts pour respecter l'autonomie de celui aux prises avec des problèmes de santé mentale tout en l'aidant à atteindre un état de complet bien-être : la santé.

⁴⁰⁵ GUAY, *Consentement aux soins*, 2016, préc., note 337, p. 268.

⁴⁰⁶ GUAY, *Consentement aux soins*, 2016, préc., note 337, p. 271 en application de *Cuthbertson c. Rasouli*, [2013] 3 RCS 341.

BIBLIOGRAPHIE

Monographies et ouvrages collectifs

Sabine ARNAUD, « L'invention de l'hystérie au temps des Lumières (1670-1820) », *Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales*, Collection "En temps et lieux", 2014, 347 p.

Jean-Louis BAUDOUIN et Patrice DESLAURIERS, *La responsabilité civile*, 6^{éd.}, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2003.

Jean-Louis BAUDOUIN et Catherine LABRUSSE-RIOU, *Produire l'homme : de quel droit? – Étude juridique et éthique des procréations artificielles*, Paris, P.U.F., 1987, p. 274.

Tom L. BEAUCHAMP, *Moral Foundations*, dans S. S. COUGHLIN, T. L. BEAUCHAMP et Douglas L. WEED, *Ethics and Epidemiology*, 2nd edition, Oxford, Oxford University Press, 2009.

Tom L. BEAUCHAMP et James F. CHILDRESS, *Principles of Biomedical Ethics*, 4th edition, Oxford University Press, New York, 1994, 546 p.

Tom L. BEAUCHAMP et James F. CHILDRESS, *Principles of Biomedical Ethics*, 5th edition, Oxford University Press, New York, 2001, 454 p.

Claude BERNARD, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* (1865), Paris, Éditions Garnier-Flammarion, 1966, 318 pp.

Yves BOISVERT et al., *Petit manuel d'éthique appliquée à la gestion publique*, Montréal, Liber, 2003.

Alex BOOD, *Human enhancement*, Health Council of the Netherlands, Centre for Ethics and Health, La Haye (Pays-Bas), Mai 2003, p. 1-24.

Peter CONRAD, *The Medicalization of Society : On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 2007, 204 p.

Patrice DESLAURIERS et Emmanuel PRÉVILLE-RATELLE, « La responsabilité médicale et hospitalière », dans Collection de droit 2016-17, École du Barreau du Québec, vol. 4, *Responsabilité*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2016.

Henri DORVIL, « Prise de médicaments et désinstitutionnalisation », dans Johanne COLLIN et al. (dir.), *Le médicament au cœur de la socialité contemporaine : Regards croisés sur un objet complexe*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2006.

Hubert DOUCET, *Au pays de la bioéthique : L'éthique biomédicale aux États-Unis*, Le Champ éthique N° 29, Genève, Labor et Fides, 1996.

Guy DURAND, *La bioéthique : Nature, principe et enjeux*, Paris, Éditions du Cerf-Fides, Montréal, 1989.

Ludwig EDELSTEIN, *The Hippocratic Oath: Text, Translation and Interpretation, Supplement to the History of Medicine*, n° 1, The Johns Hopkins Press, Baltimore, 1943.

Carl ELLIOT, *Better than well : American medicine meets the American dream*, New York, W.W. Norton, 2003.

Carl ELLIOT, « Technologies d'amélioration et éthique de l'authenticité », dans Jeanine-Anne STIENNON et Paul SCHOTSMANS, *Tous dopés? Éthique de la médecine d'amélioration*, Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique, Bruxelles, Bernard Gilson Éditeur, 2008.

Olivier FAURE, *Histoire sociale de la médecine (XVIII^e - XX^e siècles)*, Collection « Historiques », Paris : Anthropos, 1994, 272 p.

John P. FEIGNER, Sheldon H. PRESKORN, Ruth ROSS and Christina Y. STANGA (éditeurs), *Antidepressants: Past, Present and Future*, Berlin, Springer, 2004, « Selective Serotonin Reuptake Inhibitors », pp. 241-62.

Jean-Louis GÉNARD, *Les dérèglements du droit : entre attentes sociales et impuissance morale*, Bruxelles, Labor, 2000.

Joseph GLENMULLEN, *Prozac backlash: Overcoming the dangers of Prozac, Zoloft, Paxil and other antidepressants with safe, effective alternatives*, New York, Simon & Schuster, 2000.

Jérôme GOFFETTE, « Modifier les humains : Anthropotechnie versus médecine », Université de Lyon, p. 49-63, dans Jean-Noël MISSA et Laurence PERBAL (dir.), « *Enhancement* »: *Éthique et philosophie de la médecine d'amélioration*, Paris, Librairie philosophique J. Vrin, 2009.

Jean-Yves GOFFI, « Thérapie, augmentation et finalité de la médecine », Université Pierre Mendès France-Grenoble 2, à la p. 103, p. 97-120, dans Jean-Noël MISSA et Laurence PERBAL (dir.), « *Enhancement* »: *Éthique et philosophie de la médecine d'amélioration*, Paris, Librairie philosophique J. Vrin, 2009.

Hélène GUAY, « Consentement aux soins : revue de la notion d'intérêt de l'article 12 du Code civil du Québec », dans *Développements récents - La protection des personnes vulnérables*, vol. 409, *Service de la formation continue du Barreau du Québec*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2016.

David HEALY, *Let them eat Prozac: The unhealthy relationship between the pharmaceutical industry and depression*, New York, New York University Press, 2004.

Claudine HERZLICH et Janine PIERRET, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui : de la mort collective au devoir de guérison*, Paris, Payot, 1984, 295 p.

John HORGAN, *The undiscovered mind: How the human brain defies replication, medication, and explanation*, New York, Touchstone, 1999, 336 p.

Ivan ILLICH, *Limits to medicine: medical nemesis - The expropriation of health*, London, Marion Boyars, 1975, repris dans Nancy TOMES, « Patient empowerment and dilemmas of late-modern medicalisation », *Lancet* (2007), vol. 369, p. 698-700.

André LACROIX, « Quelle éthique pour quelle organisation ? », dans L. BÉGIN, (dir. pub.), *Cinq questions d'éthique organisationnelle*, Québec, Nota Bene, 2014, p. 5 à 64.

André LACROIX, *Redéployer la raison pratique : pour une éthique pragmatique*, Montréal, Liber, 2011.

Christopher LANE, *Shyness: How normal behavior became a sickness*, The Wall Street Journal, New York, Book excerpted with permission by Yale University Press, 2007.

Lyse LANGLOIS, « Comment instaurer un processus décisionnel éthique chez les gestionnaires? », LX^e congrès des relations industrielles de l'Université Laval, p. 13-26, dans Lyse LANGLOIS, Rodrigue BLOUIN, Sylvie MONTREUIL et Jean SEXTON (dir.), *Éthique et dilemmes dans les organisations*, Les Presses de l'Université Laval, 2005.

Léo-Paul LAUZON et Marc HASBANI, *Analyse socio-économique de l'industrie pharmaceutique brevetée 1991-2000*, Chaire d'études socio-économiques de l'UQAM, Avril 2002, en ligne : www.unites.uqam.ca/cese/pdf/rec_02_analyse_socio.pdf, consulté le 20 octobre 2014.

Georges A. LEGAULT, *Professionnalisme et délibération éthique : Manuel d'aide à la décision responsable*, Les Presses de l'Université du Québec, 1999.

Roberto LEWIS-FERNÁNDEZ, Helen BLAIR SIMPSON, Yuval NÉRIA et Franklin SCHNEIER, *Anxiety disorders : Theory, research and clinical perspectives*, Cambridge University Press, 2010, 378 p.

Gilles LIPOVETSY, *Le Bonheur paradoxal: Essai sur la société d'hyperconsommation*, Nrf essais, Éditions Gallimard, 2006.

Elaine N. MARIEB et Katja HOEHN, *Anatomie et physiologie humaines*, 4^e édition, adaptation française Linda MOUSSAKOVA et René LACHAÎNE, Éditions du Renouveau Pédagogique Inc. (ERPI), 2010, « Chapitre 11 : Structure et physiologie du tissu nerveux ».

Raymond MASSÉ, *Éthique et santé publique : Enjeux, valeurs et normativité*, avec la collaboration de Jocelyne SAINT-ARNAUD, Les Presses de l'Université Laval, Québec, 2003, 430 p.

R. MAYES, C. BAGWELL et J. ERKULWATER, *Medicating children: ADHD and pediatric mental health*, Chapitre 4 : « The Transformation of Mental Disorders in the 1980s », Harvard College, 2009, 357 p.

Jean-Pierre MÉNARD, « L'erreur de diagnostic : fautive ou non fautive », dans Développements récents en responsabilité médicale et hospitalière, *Service de la formation permanente du Barreau du Québec*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2005.

Francesco PANESE et Vincent BARRAS « Ambivalences de la médicalisation : patients, maladies, clinique », dans Hachimi Sanni Yaya (éd.), *Pouvoir médical et santé totalitaire. Conséquences socioanthropologiques et éthiques*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2009, p. 33-58.

Erik PARENS, « Is Better Always Good ? The Enhancement Project », dans Erik PARENS (dir.), *Enhancing Human Traits : Ethical and Social Implications*, Washington, D.C., Georgetown University Press, 1998.

Gregory E. PENCE, *Medical Ethics: Accounts of Ground-Breaking Cases*, Seventh Edition, McGraw-Hill Education, New York, 2015.

Van Rensselaer POTTER, *Bioethics, Bridge to the Future*, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall, 1971.

Doris PROVENCHER et Annie RAINVILLE, « Mythes en droit de la santé mentale : enjeux sociaux et juridiques », dans *La protection des personnes vulnérables*, vol. 315, Service de la formation continue du Barreau du Québec, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2010, p. 141-173.

Guy ROCHER, *Études de sociologie du droit et de l'éthique*, Montréal, Les Éditions Thémis, 1996.

Jocelyne SAINT-ARNAUD, *Enjeux éthiques et technologies biomédicales : Contribution à la recherche en bioéthique*, Les Presses de l'Université de Montréal, 1999.

Jean-Claude ST-ONGE, « Tous fous? L'influence de l'industrie pharmaceutique sur la psychiatrie », *Éconosociété*, Montréal, 2013, 276 p.

Christine THOËR, Bertrand LÉBOUCHÉ, Joseph J. LÉVY, Vittorio A. SIRONI (dir.), *Médias, médicaments et espace public*, Collection Santé et Société, Presses de l'Université du Québec, 2009, 350 p.

Elliot S. VALENSTEIN, *Blaming the brain*, New York, McGraw-Hill, 1998.

Kevin WHITE, *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*, SAGE Publications, London, Thousand Oaks, New Delhi, 2002, 197 p.

Édouard ZARIFIAN, *Des paradis plein la tête*, Éditions Odile Jacob, Paris, 1994.

Articles de revues et journaux

Marie ALLARD, « Les laissés pour compte de la procréation », 16 juin 2014, *La Presse*, en ligne : www.lapresse.ca/vivre/famille/201406/16/01-4776214-les-laisses-pour-compte-de-la-procreation.php, consulté le 30 mai 2016.

P.R. ALBERT et C. BENKELFAT, « The neurobiology of depression-revisiting the serotonin hypothesis. II. Genetic, epigenetic and clinical studies », *Philosophical transactions of the Royal Society of London, Series B, Biological sciences* (2013), vol. 368, à la p. 1615.

M.V. AMERINGEN, C. MANCINI, B. PIPE, M. BENNETT, « Optimizing treatment in social phobia: a review of treatment resistance », *CNS Spectrums* (2004), vol. 9, p. 753-62.

G. AMMAR, W.J. NAJA et A. PELISSOLO, « Treatment-resistant anxiety disorders: A literature review of drug therapy strategies » *Encephale* (2015), vol. 41, n° 3, p. 260-265.

Mariana ANGOA-PEREZ, Michael J. KANE, Denise I. BRIGGS et al., « Mice Genetically Depleted of Brain Serotonin Do Not Display a Depression-like Behavioral Phenotype », *ACS Chemical Neuroscience* (2014), American Chemical Society Publications, vol. 5, n° 10, p. 908-919.

G. ASHCROFT et D. HEALY (eds), « The receptor enters psychiatry », *The Psychopharmacologists* (2000), vol. 3, London, p. 189-200.

ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE, « Pharmacologie et santé mentale », Filiale de Montréal, *Équilibre*, vol. 1, n° 1, Hiver 2006, 64 p.

J.M. AZORIN, « Évolution et complications de la maladie dépressive : effet des traitements, aspects évolutifs de la dépression », *Éditions Masson* (1996), Paris, Chapitre 2, p. 17-36.

Jean-Louis BAUDOUIN et Marie-Hélène PARIZEAU, « Réflexions juridiques et éthiques sur le consentement au traitement médical », *Médecine/Sciences* (Janvier 1987), vol. 3, n° 1.

Luc BERLIVET, « Médicalisation, » *Genèses*, 2011, vol. 1, n° 82, p. 2-6.

Jean-Pierre BERNIER et Isabelle SIMARD, « Mise à jour dans le traitement des troubles anxieux », *Pharmactuel* (2007), vol. 40, n° 4, p. 204-217.

Michel BOURIN, Pierre CHUE et Yannick GUILLON, « Paroxetine: A Review », *CNS Drug Reviews* (2001), vol. 7, no. 1, Neva Press, Branford, Connecticut, p. 25-47.

Christian BYK (dir.), « La dignité : Un concept humaniste à l'ère du post-humain? », *Journal international de bioéthique*, 2010/3, vol. 21, Paris, Éditions ESKA, p. 11-83.

Daniel CALLAHAN, « Bioethics as a Discipline », *Hastings Center Studies* (1973), vol. 1, n° 1, p. 66-73.

CANADIAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, « Clinical Practice Guidelines for the Management of Anxiety Disorders », *Canadian Journal of Psychiatry* (2006), vol. 51, n° 8, suppl. 2, 92 p.

J. CANTON, K.M. SCOTT et P. GLUE, « Optimal treatment of social phobia: systematic review and meta-analysis », *Neuropsychiatric Disease and Treatment* (2012), vol. 8, p. 203-215.

B. J. CARROLL, « Sertraline and the Cheshire cat in geriatric depression », *The American Journal of Psychiatry* (2004), vol. 161, n° 6, p. 1145-1146.

Johanne COLLIN et Amnon J. SUISSA, « Les multiples facettes de la médicalisation du social », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, n° 2, 2007, p. 25-33.

Louis CORNELIER, « La mort médicale, est-ce humain? Hubert Doucet », 23 mai 2015, *Le Devoir* – Section Vitrine du Livre, www.ledevoir.com/culture/livres/440685/la-mort-medicale-est-ce-humain-hubert-doucet, consulté le 30 mai 2016.

M. A. CRAVEN et R. BLAND, « Better practices in collaborative mental health care: An analysis of the evidence base », *Revue canadienne de psychiatrie* (2006), vol. 51, n° 6, p. 1s-72s.

Renaud D'ANGLADE, *Le concept de maladie*, novembre 2004, en ligne : <http://web.archive.org/web/20050619090648/www.geocities.com/nemesisite/concept.maladie.htm>, consulté le 14 décembre 2014.=

Annie DASZUTA, Mounira BANASR, Amélie SOUMIER et al., « Dépression et neuroplasticité : implication des systèmes sérotoninergiques », *Thérapie* (2005), Septembre-Octobre, vol. 60, n° 5, p. 461-468.

Pedro DELGADO et Francisco MORENO, « Role of norepinephrine in depression », *Journal of Clinical Psychiatry* (2000), vol. 61, suppl. 1, p. 5-12

J.P. DEMPSEY, P.K. RANDALL, S.E. THOMAS et al., « Treatment of Social Anxiety with Paroxetine: Mediation of Changes in Anxiety and Depression Symptoms », *Comprehensive Psychiatry* (2009), vol. 50, n° 2, p. 135-141.

Pierre DELVOYE, « Considérations éthiques », *Revue de médecine périnatale* (Septembre 2011), vol. 3, issue 3, p 124-128.

S.G. DISNER, J.E. MCGEARY, T.T. WELLS et al., « 5-HTTLPR, HTR1A, and HTR2A cumulative genetic score interacts with mood reactivity to predict mood-congruent gaze bias », *Cognitive, affective & behavioural neuroscience* (2014), vol. 14, n° 4, p. 1259-1270.

Dominic DUBOIS, Laurie KIROUAC, Nicolas MOREAU et Dahlia NAMIAN, 8 juin 2013, « Pour ou contre le DSM? – La médicalisation et ses impacts sociaux, une "réalité double" », *Le Devoir*, www.ledevoir.com/societe/sante/380237/la-medicalisation-et-ses-impacts-sociaux-une-realite-double, consulté le 30 mai 2016.

Rima ELKOURI, « J'allait, moi non plus », 24 octobre 2012, *La Presse*, en ligne : www.lapresse.ca/debats/chroniques/rima-elkouri/201210/24/01-4586385-jallaite-moi-non-plus.php, consulté le 30 mai 2016.

Alain EHRENBERG, « Santé mentale : l'autonomie est-elle un malheur collectif ? », *Esprit* (2014), p. 99-108.

E.A. EVANS et M.A. SULLIVAN, « Abuse and misuse of antidepressants », *Substance Abuse Rehabilitation* (2014), vol. 5, p. 105-120.

E. FAKRA, J.M. AZORIN, M. ADIDA et al., « Troubles affectifs et antidépresseurs : innovations thérapeutiques », *L'Encéphale* (2010), vol. 36, n° S6, p. 183-187.

Marie-Josée FLEURY et al., « Extent and determinants of general practitioner referrals and contacts with mental health providers », *Canadian Journal of Community Mental Health* (2010), vol. 29, n° 2, p. 113-129.

Marie-Josée FLEURY et al., « La prise en charge des troubles de santé mentale par les omnipraticiens du Québec », *Le médecin de famille canadien* (2012), vol. 58.

Marie-Josée FLEURY, Eric LATIMER et C. VALLÉE, « La réforme en santé mentale. Des services plus accessibles et continus pour une clientèle vulnérable ? », *Le point en administration de la santé et des services sociaux* (2010), Numéro spécial sur le 5e anniversaire de la réforme du système québécois de santé, vol. 6, n° 1, p. 34-39.

E.B. FOA, M.E. FRANKLIN, J. MOSER, « Context in the clinic: how well do cognitive-behavioral therapies and medications work in combination? » *Biological Psychiatry* (2002), vol. 52, p. 987-997.

M. GIMÉNEZ, H. ORTIZ, C. SORIANO-MAS et al., « Functional effects of chronic paroxetine versus placebo on the fear, stress and anxiety brain circuit in Social Anxiety Disorder: initial

validation of an imaging protocol for drug discovery », *European Neuropsychopharmacology* (2014), vol. 24, n° 1, p.105-116.

D. GOURION, « Les traitements médicamenteux des troubles anxieux », Paris, Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS, *Annales Médico Psychologiques* (2003), vol. 161, p. 255-259.

Annie GRUYER et Karim SIDHOUM, « Thérapie comportementale et cognitive », *Psycom*, Paris, Dernière mise à jour Octobre 2013, en ligne : www.psycom.org/Soins-et-accompagnement/Therapies/Therapie-comportementale-et-cognitive-TCC, consulté le 24 septembre 2014.

J.-D. GUELF, « Le bon usage des antidépresseurs dans les troubles dépressifs et les troubles anxieux de l'adulte », Paris, Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS, *Annales Médico Psychologiques* (2007), vol. 165, p. 589-592.

Jacques GUILHAUMOU, « Autour du concept d'agentivité », dans « Agency : un concept opératoire dans les études de genre? », *Rives méditerranéennes* (2012), vol. 41, p. 25-34.

Fabrice GZIL, « La question éthique du respect de l'autonomie », *Revue Psychiatrique*, Elsevier Masson, *Annales Médico-Psychologiques* (2009), vol. 167, n° 3, p. 230-233.

Ian HAMMOND, « Lessons from Ivan Illich », *Canadian Association of Radiologists* (2005), vol. 56, n° 1, p. 13-14.

S. C. HEDRICK et al., « Effectiveness of collaborative care depression treatment in Veterans' Affairs primary care », *Journal of General Internal Medicine* (2003), vol. 18, n° 1, p. 9-16.

E. M. HUNKELER et al., « Efficacy of nurse telehealth care and peer support in augmenting treatment of depression in primary care », *Archives of Family Medicine* (2000), vol. 9, n° 8, p. 700-708.

D.F. IONESCU, M.J. NICIU, E.M. RICHARDS et al., « Pharmacologic treatment of dimensional anxious depression: a review », *The Primary Care Companion to CNS Disorders* (2014), vol. 16, n° 3.

W. KATON et al., « Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression: A randomized trial », *Archives of General Psychiatry* (1999), vol. 56, n° 12, p. 1109-1115.

D. J. KATZELNICK et al., « Randomized trial of a depression management program in high utilizers of medical care », *Archives of Family Medicine* (2000), vol. 9, n° 4, p. 345-351.

Kenneth S. KENDLER, « Toward a philosophical structure for psychiatry », *American Journal of Psychiatry* (2005), vol. 162, p. 433-440.

I. KIRSCH et J. MONCRIEFF, « Efficacy of antidepressants in adults », *British Medical Journal* (2005), vol. 331, n° 7509, p. 155-157.

I. KIRSCH, T.J. MOORE, A. SCOBORIA, et al., « The emperor's new drugs: An analysis of antidepressant medication data submitted to the U.S. Food and Drug Administration »,

Prevention & Treatment (2002), vol. 5, n° 1.

Karel KOSTEV, Juliana REX, Thilo EITH, Christina HEILMAIER, « Which adverse effects influence the dropout rate in selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) treatment? Results for 50,824 patients », *GMS German Medical Science* (2014), vol. 12, doc. 15.

Jeffrey R. LACASSE et Jonathan LEO, « Serotonin and Depression: A Disconnect between the Advertisements and the Scientific Literature » *PLOS Medecine* (2005), vol. 2, n° 12, e392.

Jeffrey R. LACASSE et Tomi GOMORY, « Is graduate social work education promoting a critical approach to mental health practice? », *Journal of Social Work Education* (2003), vol. 39, n° 3, p. 383–408.

André LACROIX, Louise LALONDE et George A. LEGAULT, « Les transformations sociales et le théorie normative du droit », *R.D.U.S.* (2002-2003), vol. 33, p. 1-11.

André LACROIX et Emmanuelle MARCEAU, « Éthique et droit : Des rapports complexes et variables pour réguler l'espace public », Décembre 2015, Texte inédit.

Denis LAFORTUNE, « Expliquer, dépister et traiter médicalement les troubles du comportement des enfants et des adolescents », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, n° 2, 2007, p. 62-75.

Patrick LAGACÉ, « Le cancer, la mort et la vie », 16 octobre 2010, *La Presse*, en ligne : www.lapresse.ca/debats/chroniques/patrick-lagace/201010/16/01-4333131-le-cancer-la-mort-et-la-vie.php, consulté le 30 mai 2016.

Carmen LAVALLÉE, « À la frontière de l'éthique et du droit », *R.D.U.S.* (1993), vol. 24, p. 1-57.

Louise LEDUC, « Troubles liés à l'apprentissage : explosion du nombre de diagnostics », 19 février 2015, *La Presse*, en ligne : www.lapresse.ca/actualites/education/201502/18/01-4845142-troubles-lies-a-lapprentissage-explosion-du-nombre-de-diagnostics.php, consulté le 30 mai 2016.

Jean-François LEMAIRE et Jean-Luc JOUBERT, « La responsabilité médicale », dans *Que sais-je ?*, Presses Universitaires de France (1985).

B.E. LEONARD, « Second generation of antidepressants », *Advances in Biological Psychiatry* (1981), vol. 7, p. 173–86.

Alain LESAGE et al., *Prévalence de la maladie mentale et utilisation des services connexes au Canada – Une analyse des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, Rapport rédigé pour l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, Mississauga (Ontario), 2006, 20 p.

K.P. LESCH, D. BENDEL, A. HEILS, et al., « Association of anxiety-related traits with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region », *Science* (1996), vol. 274, p. 1527-1531.

George D. LUNDBERG, « Placebo As Good as Paroxetine for Treating Acute Moderate-to-Severe Major Depression », *Medscape Journal of Medicine* (2008), vol. 10, n° 4, p. 79.

H. LÔO, A. GALINOWSKI, M.-F. POIRIER et al., « Antidépresseurs. Historique », EMC-Psychiatrie 1 (2004), Elsevier, p. 243-245.

P. MASAND, S. GUPATA et M. DEWAN, « Suicidal ideation related to fluoxetine treatment », *The New England Journal of Medicine* (1991), vol. 324, à la p. 420.

L. MCHENRY, « Ethical issues in psychopharmacology », *Journal of Medical Ethics* (2006), vol. 32, p. 405-410.

C. MEDAWAR, « The Antidepressant Web : Marketing depression and making medicines work », *The International Journal of Risk & Safety in Medicine* (1997), vol. 10, n° 2, p. 75-126.

C. MEDAWAR, A. HARDON, « Medicines out of control? Antidepressants and the conspiracy of goodwill », Amsterdam, *Aksant Academic Press* (2004), 258 pp.

Philippe MERCURE, « Ritalin : la consommation atteint des records au Québec », 9 mars 2015, *La Presse*, www.lapresse.ca/actualites/sante/201503/08/01-4850438-ritalin-la-consommation-atteint-des-records-au-quebec.php, consulté le 30 mai 2016.

Jonathan M. METZL, Rebecca M. HERZIG, « Medicalisation in the 21st century: Introduction », *Lancet* (2007), vol. 369, p. 697-698.

Barbara MINTZES, « For and against : Direct to consumer advertising is medicalising normal human experience », *British Medical Journal* (2002), vol. 324, n° 7342, p. 908.

B. MINTZES, A. KAZANJIAN, K. BASSETT, J. LEXCHIN, « Pills, persuasion and public health policies: Report of an expert survey on direct-to-consumer advertising of prescription drugs in Canada, the United States and New Zealand », *Health Policy Research Unit* (2001), Vancouver, CB, University of British Columbia.

Caroline MONTPETIT, « Il faut légaliser l'euthanasie et le suicide assisté », 15 novembre 2011, *Le Devoir*, www.ledevoir.com/societe/sante/336129/il-faut-legaliser-l-euthanasie-et-le-suicide-assiste-dit-un-comite-d-experts, consulté le 30 mai 2016.

Nicolas MOREAU, « Vers une médicalisation de l'activité sportive », 14 septembre 2015, *La Presse*, en ligne : www.lapresse.ca/debats/votre-opinion/201509/11/01-4899778-vers-une-medicalisation-de-lactivite-sportive-.php, consulté le 30 mai 2016.

Nicolas MOREAU et Florence VINIT, « Empreintes de corps: éléments de repères dans l'histoire de la médicalisation », *Nouvelles pratiques sociales* (2007), vol. 19, n° 2, p. 34-45.

Chantal MORET et Mike BRILEY, « The Importance of Norepinephrine in Depression », *Neuropsychiatric Disease and Treatment* (2011), vol. 7, suppl. 1, p. 9-13.

D.L. MURPHY, A.M. ANDREWS, C.H. WICHEMS, Q. LI, M. TOHDA, et al. « Brain serotonin neurotransmission: An overview and update with emphasis on serotonin subsystem heterogeneity, multiple receptors, interactions with other neurotransmitter systems, and consequent implications for understanding the actions of serotonergic drugs », *Journal of Clinical Psychiatry* (1998), vol. 59, suppl. 15, p. 4-12.

Jérôme PALAZZOLO, N. MIDOL et J. CANCAU, « Vers une gestion autonome de la médication en psychiatrie ? Approche anthropologique », *Annales médico-psychologiques* (2008), vol. 166, n° 9, p. 717-726.

H.E. PIGOTT, A.M. LEVENTHAL, G.S. ALTER et al., « Efficacy and effectiveness of antidepressants: current status of research », *Psychotherapy and Psychosomatics* (2010), vol. 75, n° 5, p. 267-279.

Doris PROVENCHER, « La médicalisation et la médication des difficultés de l'existence », 9 octobre 2014, *Le Huffington Post*, Québec, en ligne : www.quebec.huffingtonpost.ca/doris-provencher/la-medicalisation-et-la-medication-des-difficultes-de-l'existence_b_5954720.html.

Julien PRUD'HOMME, « Projet de loi 21 – Médicaliser l'école : le risque existe bel et bien », 12 décembre 2011, *Le Devoir*, www.ledevoir.com/societe/education/338172/projet-de-loi-21-medicaliser-l-ecole-le-risque-existe-bel-et-bien, consulté le 30 mai 2016.

J. RANGARAJ et A. PELISSOLO, « Identification des troubles anxieux », Paris, Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS, *Annales Médico Psychologiques* (2003), vol. 161, p. 250-254.

S. Z. RAHMAN, V. GUPTA, Anupama SUKHLECHA et Y. KHUNTE, « Lifestyle Drugs: Concept and Impact on Society », *Indian Journal of Pharmaceutical Sciences* (2010), vol. 72, n° 4, p. 409-413.

Lourdes RODRIGUEZ, Ellen CORIN, Marie-Laurence POIREL et Marie DROLET, « Limites du rôle de la médication psychiatrique dans le processus de réhabilitation du point de vue des usagers », Association canadienne pour la santé mentale, *Équilibre* (2006), Pharmacologie et santé mentale, vol. 1, n° 1.

L. RODRIGUEZ, E. CORIN, C. ROUSSEAU, M. L. POIREL, *Modalités de suivi de la médication psychiatrique dans la communauté : perceptions des usagers*, protocole de recherche présenté au Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ), concours FRSQ-MSSS, 2001.

L. RODRIGUEZ et P. RICHARD, « La gestion autonome de la médication : une pratique au service du mieux-être », *Le partenaire* (2011), vol. 19, n° 4, p. 21-24.

M. ROTERMANN, C. SANMARTIN, D. HENNESSY et M. ARTHUR, « Consommation de médicaments sur ordonnance chez les Canadiens de 6 à 79 ans », Statistique Canada, Ministère de l'Industrie, *Rapports sur la santé* (juin 2014), vol. 25, n° 6, p. 3-10.

Jean-Claude ST-ONGE, « Comment inventer des maladies », *Tribunes l'Humanité des débats*, 5 mai 2007, en ligne : www.humanite.fr/node/76633, consulté le 21 mars 2014.

E.J. SANZ, C. DE-LAS-CUEVAS, A. KIURU, et al., « Selective serotonin reuptake inhibitors in pregnant women and neonatal withdrawal syndrome: a database analysis », *Lancet* (2005), vol. 365, p. 482-487.

Catherine SCHLAGER, « L'arbre et le nid, une réflexion sur l'accouchement des Québécoises », 8 mars 2013, *La Presse*, en ligne : www.lapresse.ca/cinema/cinema-quebecois/201303/08/01-

[4629013-larbre-et-le-nid-une-reflexion-sur-laccouchement-des-quebecoises.php](#), consulté le 30 mai 2016.

Franklin SCHNEIER, « Social anxiety disorder is common, underdiagnosed, impairing, and treatable », *British Medical Journal* (2003), vol. 327, p. 515-516.

S.H. SCHWARTZ et S. LILACH, « Identifying culture-specificities in the content and structure of values », *Journal of Cross-Cultural Psychology* (1995), vol. 26, n° 1, p. 92-116.

R.K. SCHWARTZ, S.B. SOUMERAI, et J. AVORN, « Physician motivations for nonscientific drug prescribing », *Social Science and Medicine* (1989), vol. 28, pp. 577-582.

D.C. SMITH, « Antidepressant efficacy », *Ethical Human Sciences and Services* (2000), vol. 2/3, p. 215-16.

Richard SMITH, « Limits to medicine. Medical nemesis: the expropriation of health », book review of Ivan ILLICH, 1975, *British Medical Journal* (2002) vol. 324.

Christian SPADONE, « Évolution des maladies dépressives », Paris, *La Presse Médicale* (2004), tome 33, n° 20, p. 1469-73.

Sylvie ST-JACQUES, « Le sexe au temps de l'hystérie », 23 mai 2012, *La Presse*, en ligne : www.lapresse.ca/vivre/sexualite/201205/23/01-4527885-le-sexe-au-temps-de-lhysterie.php, consulté le 30 mai 2016.

M.H. TEICHER, C. GLOD et J.O. COLE, « Suicidal preoccupation during fluoxetine treatment », *The American Journal of Psychiatry* (1990), vol. 147, p. 1380-1381.

Alexandre VIGNEAULT, « Testostérone : une dose de jeunesse ? », 5 octobre 2014, *La Presse*, en ligne : www.lapresse.ca/vivre/sante/201410/03/01-4806134-testosterone-une-dose-de-jeunesse.php, consulté le 30 mai 2016.

H. A. WALKER et al., « Network exchange theory: Recent developments and new directions », *Social Psychology Quarterly* (2000), vol. 63, n° 4, p. 324-337.

Joseph WALSH, « Shyness and Social Phobia », *Health & Social Work* (2002), vol. 27, n° 2, p. 140.

W. Joseph WYATT, « Behavior Analysis in the Era of Medicalization: The State of the Science and Recommendations for Practitioners », *Behavior Analysis in Practice* (2009), vol. 2, n° 2, p. 49-57.

W. Joseph WYATT, « Psychiatry's flight from science: A profession's headlong, non-empirical rush to biological explanations », *Association for Behavior Analysis International* (2006) Atlanta, GA.

Durhane WONG-RIEGER, « Débats – Le Canada devrait-il autoriser la publicité directe des médicaments d'ordonnance? : Oui », *Le Médecin de famille canadien* (Février 2009), vol. 55, p. 134-138.

N. YOSHINAGA et al., « Strategy for treating selective serotonin reuptake inhibitor-resistant

social anxiety disorder in the clinical setting: a randomised controlled trial protocol of cognitive behavioural therapy in combination with conventional treatment », *BMJ Open* (2013), vol. 3, n° 2.

Annick ZAPPALÀ, « La médecine médiatisée : entre la médicalisation du social et la socialisation de la science », *Hermès, La Revue*, 1997/1, n° 21, p. 181-190.

Rapports gouvernementaux et d'organismes divers

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM-5 Development*, « Social Anxiety Disorder - Fact Sheet », Arlington, Virginia, Mai 2013, 2 p., en ligne : [www.dsm5.org/Documents/Social%20Anxiety%20Disorder %20Fact%20Sheet.pdf](http://www.dsm5.org/Documents/Social%20Anxiety%20Disorder%20Fact%20Sheet.pdf), consulté le 21 janvier 2014.

ANXIETY AND DEPRESSION ASSOCIATION OF AMERICA, *Ricky Williams: A Story of Social Anxiety Disorder*, écrit par Leslie Anderson, en ligne: www.adaa.org/living-with-anxiety/personal-stories/ricky-williams-story-social-anxiety-disorder, consulté le 15 janvier 2014.

ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, *Le consentement : Guide à l'intention des médecins du Canada*, Quatrième édition, Kenneth G. EVANS, Avocat-conseil, Mai 2006, Révisé Juin 2016, en ligne : www.cmpa-acpm.ca/fr/web/guest/-/consent-a-guide-for-canadian-physicians, consulté le 15 juin 2016.

ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, *Le processus du diagnostic - Diagnostic différentiel*, « Guide des bonnes pratiques », en ligne : www.cmpa-acpm.ca, consulté le 16 juin 2016.

ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE, *La santé mentale, c'est ... et Comprendre la maladie mentale : les troubles anxieux*, en ligne : www.cmha.ca/fr/sante-mentale/, consulté le 4 novembre 2014.

ASSOCIATION DES ÉTABLISSEMENTS DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DU QUÉBEC, *Bienfaisance, autonomie et justice : Les assises de l'éthique en réadaptation*, avril 2005, 17 p.

ASSOCIATION DES PSYCHIATRES DU CANADA, « L'évolution des soins de santé mentale en collaboration au Canada – Une vision d'avenir partagée, Énoncé de principes », *La revue canadienne de psychiatrie* (2010), rédigé par le Groupe de travail sur les soins de santé mentale partagés de l'Association des psychiatres du Canada et du Collège des médecins de famille du Canada, vol. 56, n° 5, p. 1-12.

ASSOCIATION DES PSYCHIATRES DU CANADA, « Guide de pratique clinique; traitement des troubles anxieux », *Canadian Journal of Psychiatry* (2006), vol. 51 (supp. 2).

ASSOCIATION DES PSYCHIATRES DU CANADA et COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE AU CANADA, *Les soins de santé mentale partagés au Canada*, Énoncé de position conjoint du CMFC et de l'APC, 1997.

BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT, *Le rôle fédéral dans le domaine de la santé et des soins de santé*, préparé par Marlisa TIEDMANN, Service d'information et de recherche parlementaires,

Publication N° 2008-58-F, révisé le 20 octobre 2008.

CANADIAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, « Clinical Practice Guidelines for the Management of Anxiety Disorders », *Canadian Journal of Psychiatry* (2006), vol. 51, n° 8, suppl. 2, 92 p.

CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE LES TOXICOMANIES, *Collaboration pour les soins en toxicomanie et en santé mentale : meilleurs conseils*, Ottawa, juin 2014, 64 p.

CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES TEXTUELLES ET LEXICALES, 2012, France, en ligne : www.cnrtl.fr/lexicographie/médecine, consulté le 23 juillet 2015.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *Une première ligne forte de l'expertise du médecin de famille, Énoncé de position*, Février 2016, 53 p.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *Modifications au Code de déontologie des médecins – Guide explicatif*, Janvier 2015, p. 1-16, en ligne : www.cmq.org/publications-pdf/p-6-2015-01-07-fr-modifications-au-code-de-deontologie-des-medecins-guide-explicatif.pdf.

COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE DU CLSC-CHSLD HAUTE-VILLE-DES-RIVIÈRES, *Éléments de réflexion sur l'approche éthique des conflits de valeurs dans la pratique professionnelle*, CLSC Centre affilié universitaire, en collaboration avec Michel-T. Giroux, Janvier 2001.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*, rédigé par Marie-Josée FLEURY et Guy GRENIER, Gouvernement du Québec, 2012.

LA COMMISSION DES CITOYENS POUR LES DROITS DE L'HOMME, « Historique des électrochocs », Juin 2008, en ligne : www.ccdh.fr/Historique_a44.html, consulté le 15 septembre 2014.

COMMISSION DE L'ÉTHIQUE, DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNOLOGIE, Avis 196 – *Médicaments psychotropes et usages élargis : Un regard critique*, Québec, 2009, 220 p., en ligne : www.ethique.gouv.qc.ca/fr, consulté le 2 septembre 2014.

COMMISSION DE L'ÉTHIQUE, DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNOLOGIE, « Qu'est-ce que l'éthique : Qu'est-ce qu'un dilemme éthique », Gouvernement du Québec, en ligne : www.ethique.gouv.qc.ca/fr/ethique/quest-ce-que-lethique/quest-ce-quun-dilemme-ethique.html, consulté le 22 juillet 2015.

CONSEIL DU MÉDICAMENT, *Portrait de l'usage des antidépresseurs chez les adultes assurés par le régime public d'assurance médicaments du Québec*, Gouvernement du Québec, Janvier 2011, 53 p. en ligne : www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/CDM/Etudes/CdM-Portrait-antidépresseurs-201101.pdf, consulté le 4 août 2015.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE, *Qu'est-ce que l'éthique? Proposition d'un cadre de référence*, Gouvernement du Québec, 2004.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE, *Le médicament comme objet social et culturel : recension des écrits et propositions sur les perspectives de travail à prioriser*, responsable Johanne COLLIN, Université de Montréal, Gouvernement du Québec, 2005.

ÉQUIPE DE RECHERCHE ET D'ACTION EN SANTÉ MENTALE ET CULTURE, *La Gestion autonome de la médication en santé mentale, Projet pilote de collaboration entre les ressources alternatives et communautaires et le réseau public des services en santé mentale pour le renouvellement des pratiques – Bilan su suivi évaluatif*, Rédigé par Marie DROLET et Lourdes RODRIGUEZ, Projet en collaboration avec le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) et l'Équipe de recherche et action en santé mentale, Projet financé par le MSSS Août 2002-2005, Version préliminaire déposée lors de l'Assemblée générale du RRASMQ, Juin 2006.

GLAXOSMITHKLINE INC., *Monographie de produit – Paxil*, Comprimés de paroxétine USP, Mississauga, Ontario, Date de révision 18 mars 2014, p. 4, en ligne : <http://www.gsk.ca/french/docs-pdf/product-monographs/Paxil.pdf>.

GOUVERNEMENT DU CANADA, « Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada, 2006 », Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux, Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Cycle 1.2)*, Ottawa, Canada, p. 2, 188 p.

THE HASTINGS CENTER, « Guidelines on the Termination of Life-Sustaining Treatment and the Care of the Dying », Bloomington and Indianapolis, *Indiana University Press* (1987)

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, « Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois », Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Cycle 1.2)*, Gouvernement du Québec, Septembre 2008, 68 p., Tableau 2, à la p. 26, en ligne : www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01670FR_Enquete_sante2008H00F03.pdf, consulté le 25 mars 2014.

INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX, *Avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie, Volet I – Examen des données probantes sur l'efficacité et le coût de la psychothérapie comparativement à ceux de la pharmacothérapie dans le traitement des adultes atteints de troubles anxieux et dépressifs*, Rapport rédigé par Alvine FANSI et Cédric JEHANNO, Gouvernement du Québec, Juin 2015.

INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX, *Avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie, Volet II – Analyse des modalités et des conditions d'accès aux services de psychothérapie pour le traitement des adultes atteints de troubles dépressifs et anxieux*, Rapport rédigé par Alvine FANSI et Cédric JEHANNO, Gouvernement du Québec, Juin 2015.

MEDLINE PLUS, *Drugs, Supplements, and Herbal Information : Paroxetine*, U.S. National Library of Medicine et National Institutes of Health, en ligne : www.nlm.nih.gov/medlineplus/druginfo/meds/a698032.html#side-effects, consulté le 30 août 2015.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *La Politique du médicament*, Gouvernement du Québec, 2007.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Politique de santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec, 1989, 62 p., en ligne : www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/download.php?f=0d4d1b073a10b132749dfd96039bc13a.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*, Québec, Gouvernement du Québec, 2005, 97 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : Faire ensemble et autrement*, Québec, Gouvernement du Québec, 2015, 92 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec, 1998.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, rédigé par C. LAURIER, *L'utilisation optimale des médicaments. Qu'en est-il ?*, Symposium sur l'utilisation optimale des médicaments, Gouvernement du Québec, Centre des congrès de Québec, 20 et 21 mai 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Transformation des services en santé mentale : État d'avancement du plan d'action de décembre 1998*, Québec, Gouvernement du Québec, 2001.

NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS, *Health, United States, 2010: With special feature on death and dying*, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2011, Hyattsville, Maryland, Table 95.

NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, « Le Rapport Belmont : Principes d'éthique et lignes directrices pour la recherche faisant appel à des sujets humains » dans *Médecine et expérimentation*, Cahiers de bioéthique, vol. 4, Québec, Presses de l'Université Laval, 1982.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE, *Prescription Drugs, Abuse and Addiction*, 2005.

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, *Anxiety Disorders: Treatments*, en ligne: [www.nimh.nih.gov/health /topics/anxiety-disorders/index.shtml#part6](http://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders/index.shtml#part6), consulté le 19 mars 2014.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC et ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC, *Énoncé de position conjoint sur la collaboration interprofessionnelle : rehausser la qualité et la sécurité des soins*, mai 2015.

ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC, *Appréciation du degré d'implantation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, Ordre des psychologues, 2010, 18 p.

Préambule à la Constitution de l'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États, (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

PARLIAMENTARY OFFICE OF SCIENCE AND TECHNOLOGY (POST), *Better Brains*, POSTnote n° 285, London, 2007, p. 1-4.

SOCIAL ANXIETY INSTITUTE, *DSM-5 Definition of Social Anxiety Disorder*, en ligne : www.socialanxietyinstitute.org/dsm-definition-social-anxiety-disorder, consulté le 26 mai 2016.

LA SOCIÉTÉ POUR LES TROUBLES DE L'HUMEUR DU CANADA, *Quelques faits : maladie mentale et toxicomanie au Canada*, 3^e édition, Septembre 2009.

L'UNION DES CONSOMMATEURS, *Publicité directe des médicaments d'ordonnance : protéger les Canadiens avec une information de qualité*, Juillet 2004, 51 p.

UNIVERSITÉ MCGILL, *Le Blogue du Cerveau à tous les niveaux!*, Conception, coordination, recherche et rédaction : Bruno DUBUC, « Sérotonine et autres molécules impliquées dans la dépression », en ligne : www.lecerveau.mcgill.ca/flash/i/i_08/i_08_m/i_08_m_dep/i_08_m_dep_isrs.html, consulté le 23 septembre 2014.

UNIVERSITÉ D'OTTAWA, « Les principes éthiques fondamentaux », *La Société, l'Individu, et la Médecine*, en ligne : www.med.uottawa.ca/sim/data/Ethics_f.htm, consulté le 15 juin 2015.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, *Mental Health: A Report of the Surgeon General – Chapter 2 The fundamentals of mental health and mental illness*, Center for Mental Health Services, National Institute of Mental Health, Rockville, 1999, 494 p.

U.S. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION, *Antidepressants Use in Children, Adolescents, and Adults - Revisions to Product Labeling*, U.S. Department of Health and Human Services, en ligne : www.fda.gov/downloads/Drugs/DrugSafety/InformationbyDrugClass/UCM173233.pdf, consulté le 30 août 2015.

Thèses de doctorat et Mémoire de maîtrise

Marie-Claude BOUDREAU, *L'intervention en éthique appliquée au Québec : spécificité et exigence*, Maîtrise en éthique appliquée, Université de Sherbrooke, Longueuil, 2011.

Francine DORÉ, *Le trouble d'anxiété sociale à l'adolescence : Traitement par exposition de la peur de parler en public par la réalité virtuelle*, Thèse de doctorat, Sherbrooke, Département de psychologie, Université de Sherbrooke, 2008.

Emmanuelle MARCEAU, *Les défis de l'éthicisation du droit : validité conceptuelle des lois éthiques en contexte québécois*, Thèse de doctorat, Université de Sherbrooke, 2015.

Mélissa NADER, *La médicalisation : concept, phénomène et processus. Émergence, diffusion et reconfigurations des usages du terme médicalisation dans la littérature sociologique*, UQAM, Thèse du doctorat en sociologie, 2012.

Législation et réglementation

Charte canadienne des droits et libertés, partie I de la Loi constitutionnelle de 1982, constituant l'annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada (R.-U.), 1982, c. 11.

Charte des droits et libertés de la personne, L.R.Q., c. C-12.

Code civil du Québec, L.Q. 1991, C. 64.

Code de déontologie des médecins, L.R.Q., c. M-9, r. 17.

Code des professions, L.R.Q., c. C-26.

Loi constitutionnelle de 1867 (R-U), 30 & 31 Victoria, c. 3.

Loi médicale, L.R.Q., c. M-9.

Loi sur l'assurance médicaments, L.R.Q., c. A-29.01.

Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, L.R.Q., c. I-13.03.

Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2.

Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par un pharmacien, R.R.Q., c. M-9, r. 12.2.

Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin, R.R.Q., c. M-9, r. 25.1.

Jurisprudence

B. (R.) c. Centre de santé et de services sociaux de la Baie-James, 2011 QCCQ 8488

Benhaim c. St-Germain, 2016 CSC 48.

Cuthbertson c. Rasouli, [2013] 3 RCS 341.

Émond c. Benhaim, 2011 QCCS 4755.

E.S. c. Ferenczy, 2012 QCCS 1988.

Lapointe c. Hôpital Le Gardeur, [1992] 1 R.C.S. 351.

Leduc c. Médecins (Ordre professionnel des), 2008 QCTP 90.

Médecins (Ordre professionnel des) c. Courchesne, 2016 CanLII 46763 (QC CDCM).

Médecins (Ordre professionnel des) c. Cyr, 2016 CanLII 41780 (QC CDCM).

Médecins (Ordre professionnel des) c. Leduc, 2006 CanLII 71502 (QC CDCM).

Médecins (Ordre professionnel des) c. Mailloux, 2009 CanLII 60800 (QC CDCM).

Médecins (Ordre professionnel des) c. Mailloux, 2012 CanLII 5172 (QC CDCM).

Montpetit c. Léger, [2000] R.J.Q. 2582 (C.S.).

Néron c. Médecins (Ordre professionnel des), 2015 QCTP 31.

Pomerleau c. Médecins (Ordre professionnel des), 2015 QCTP 33.

Schneider c. la Reine [1982] 2 R.C.S. 112 à 142.

St-Hilaire c. S., [1966] C.S. 249.

St-Jean c. Mercier, [2002] 1 R.C.S. 491.

Thivierge c. Gouriou, 2011 QCCQ 340.

Vail c. MacDonald, [1976] 2 R.C.S. 825.

Dictionnaire

Dictionnaire LAROUSSE, France, en ligne : www.larousse.fr/dictionnaires/francais.

L. MANUILA, A. MANUILA et M. NICOLIN, *Dictionnaire médical*, 5e éd., Paris, Masson, 1992.